

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N° 1124

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Joseph Hamon CUEFF

né le 2 Octobre 1936 à Saint-Pol-de-Léon (Finistère)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 14 Novembre 1963

LA REPOSITION DE CLOISON,
INDICATIONS ET TECHNIQUES

Président : Mr. Maurice AUBRY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

UNIVERSITÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

DE

DOCTORAT EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ DE

PAR

LE DOCTEUR

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRÉSENTÉE ET DÉFENDUE

PAR

LE DOCTEUR

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

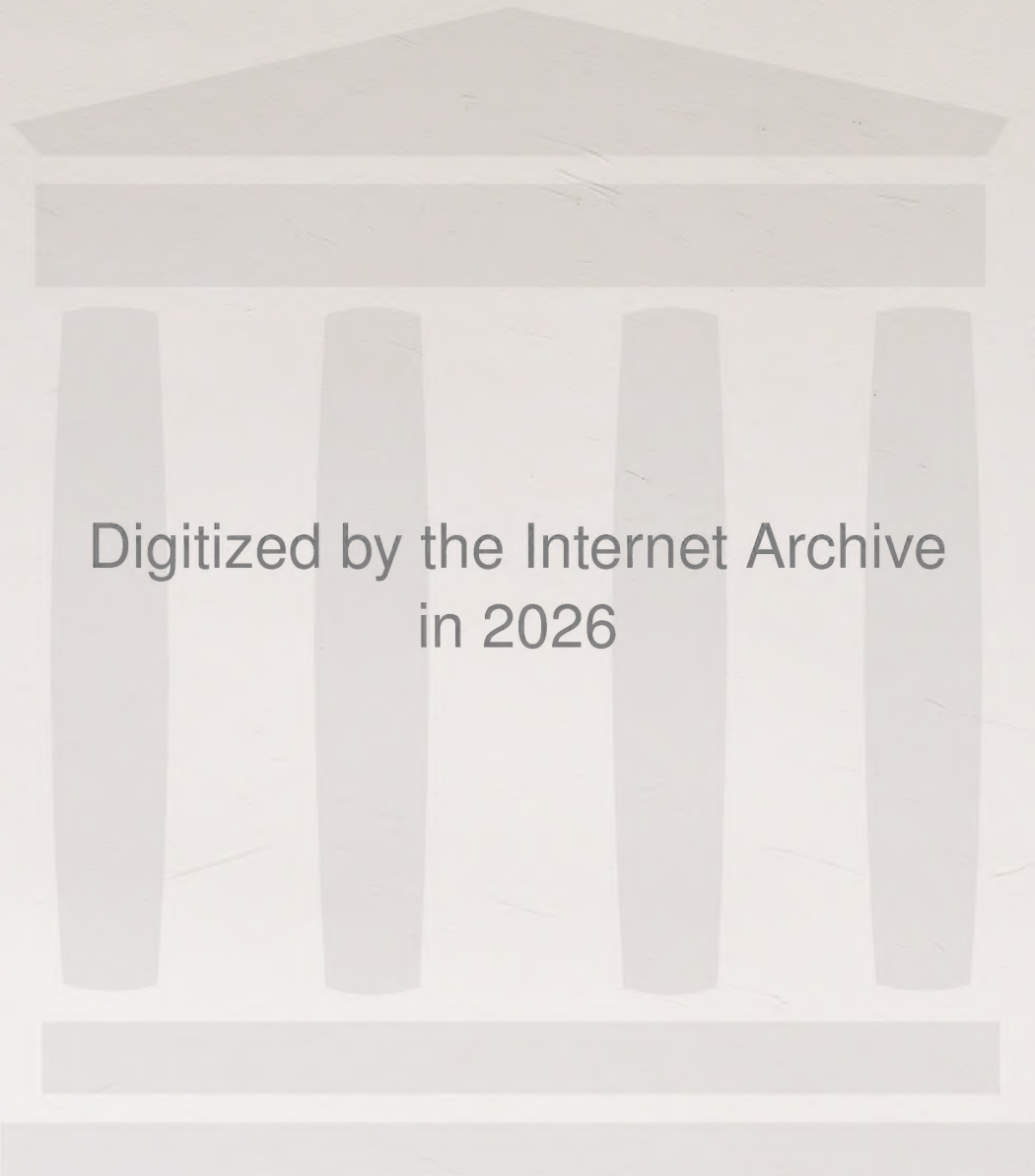
PAR

LE DOCTEUR

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PRÉSENTÉE ET DÉFENDUE

PAR LE DOCTEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0036

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Joseph Hamon CUEFF

né le 2 Octobre 1936 à Saint-Pol-de-Léon (Finistère)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 14 Novembre 1963

LA REPOSITION DE CLOISON,
INDICATIONS ET TECHNIQUES

Président : Mr. Maurice AUBRY, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

THÈSE

Année 1903

1903

DOCTORAT EN MÉDECINE

ÉCRITURE MANUSCRITE

1903

Joseph Hamon CURIE

né le 2 Octobre 1886 à Saint-Pol-de-Léon (Finistère)

Externe des Hôpitaux de Paris



Présentée et soutenue publiquement le 14 Novembre 1903

LA RÉPUBLIQUE DE BELGIQUE
MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES
BUREAU DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

Présenté par M. le Ministre des Affaires Étrangères

Ministère des Affaires Étrangères

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richef (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Gaston CORDIER

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON
2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEROT (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	GARCIN (R.)
	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique . . .	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie . .	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale . .	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BADLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUM (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports . . .	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale .	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÆPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie médicale	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie . .	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Nématologie	BEISS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)		
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)		
Neurologie	LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Ophtalmologie			

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phthisiologie.	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile.	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie.	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie.	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale.	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal.	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Milles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibl'othécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SOEURS

A MON FRERE

A MA FILLEULE ET MES NEVEUX

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur M. A U B R Y

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris,

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital LARIBOISIERE

Commandeur de la Légion d'Honneur,

Il m'a accueilli dans son Service avec
bienveillance, me permettant ainsi de
bénéficier directement de la richesse
de son enseignement.

Qu'il soit assuré de mon profond attache-
ment et de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur G. J O S T

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Qui a bien voulu me donner le sujet
et la matière de ce travail.

Ses conseils éclairés, dispensés par-
fois avec humour mais toujours géné-
reusement, m'ont seuls permis de le
réaliser.

En témoignage de ma profonde gratitude
pour son enseignement quotidien et sa
bienveillante sympathie.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. P I A L O U X

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris,

A monsieur le Docteur J. L A B A Y L E

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux de Paris,

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour leur exemple et leur enseignement.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur J. L E M O Y N E

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital SAINT-LOUIS

Il guida avec bonté mes premiers pas
dans la spécialité.

Qu'il trouve ici l'expression de ma
respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur G. S E N E C H A L,

A Monsieur le Docteur H. M U L E R,

A Monsieur le Docteur P. F L E U R Y ,

Oto-Rhino-Laryngologistes des Hôpitaux de Paris ;

A Monsieur le Docteur O U L I E,

Assistant des Hôpitaux de Paris ;

A Monsieur le Docteur J. L E V I G N A C,

A qui je dois tant ;

En témoignage de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur E. C H O U A R D,

A Monsieur le Docteur J. D E M A L D E N T,

Chefs de Clinique ;

En témoignage de sympathie et de
reconnaissance.

A Messieurs les Docteurs B O R S T
C E C C A L D I
C U Z I N
B O U R D O N.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Docteur C H A M P E A U

Monsieur le Docteur J. L E B E A U

Monsieur le Professeur M. C O N T E

En témoignage de ma profonde
reconnaissance.

Aux. Panseuses,

Aux Infirmières,

A tout le Personnel,

Du Service O. R. L. de l'Hôpital LARIBOISIERE

En témoignage de ma gratitude pour
leur gentillesse et leur sympathie.

- I N T R O D U C T I O N -

Un rappel des principaux caractères anatomo-chirurgicaux de la cloison nasale, éclairé par l'étude de son développement, permet de mieux saisir l'étroitesse des rapports de ses éléments constitutifs avec les autres éléments du nez.

Son rôle essentiel dans la morphologie de la pyramide nasale cartilagineuse et dans la perméabilité des fosses nasales évoque, d'emblée, la dualité du problème thérapeutique des déformations septales : cosmétique et fonctionnel.

Aussi distinguerons-nous à la cloison deux parties distinctes : une partie postérieure, purement "fonctionnelle", et une partie antérieure, pyramidale, à la fois cosmétique et fonctionnelle. Cette dualité topographique doit guider l'étude des déformations septales.

Au niveau de la cloison antérieure, abandonnant la classique distinction entre déformations congénitales et traumatiques, nous classerons les déformations suivant leur retentissement morphologique.

Le nombre même des méthodes proposées pour la correction des déformations septales antérieures témoigne, à lui seul, de la complexité de la chirurgie septale antérieure.

Après une étude historique et critique des méthodes les plus marquantes, nous exposerons la technique opératoire de notre Maître Monsieur le Professeur M. AUBRY.

Cette technique d'inspiration rhinoplastique, et qui peut être associée à une rhinoplastie externe, vise à restaurer, à la fois, la perméabilité nasale et la silhouette du nez. Il s'agit d'une véritable chirurgie plastique des déformations septales antérieures.

Ses nombreuses variantes et son adaptation, d'ailleurs nécessaire, aux problèmes particuliers de chaque déformation, permettent de la considérer comme une véritable rhinoplastie septale cartilagineuse.

P R E M I E R E P A R T I E

ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE DE LA CLOISON SON ROLE DANS LE SOUTIEN DE LA CHARPENTE NASALE EXTERNE

Un rappel des principaux caractères anatomo-chirurgicaux de la cloison nasale portant sur : son squelette, son revêtement, sa vascularisation et son innervation, est indispensable, avant d'aborder le chapitre de la correction chirurgicale des déformations septales.

L'étude du développement de la cloison permettra de mieux comprendre certains de ses aspects anatomiques, et la génèse de quelques déformations septales.

Enfin, le rôle "esthétique" de la cloison doit, nous semble-t-il, être souligné avant d'envisager les différentes techniques de chirurgie septale antérieure qui se propose d'être, à la fois, fonctionnelle et esthétique.

- C H A P I T R E I -

ANATOMIE CHIRURGICALE DE LA CLOISON NASALE

La pyramide nasale est constituée par une charpente interne, la cloison, et une charpente externe qui forme le relief du nez.

Cette charpente externe est osseuse en haut, fibrocartilagineuse en bas ; elle est formée par : les os propres, les cartilages triangulaires et les cartilages alaires.

-/- Les os propres sont deux petits os plats, allongés d'avant en arrière, plus épais en haut qu'en bas.

Leur face cutanée est lisse. Leur face profonde est rugueuse dans son tiers supérieur où elle s'articule avec la face antérieure de l'épine nasale du frontal, lisse dans son tiers inférieur où elle est marquée par le sillon du nerf naso-lobaire.

Leur bord supérieur, court, dentelé, épais, est fortement engrené avec l'échancrure nasale du frontal. Leur bord interne, épais, s'articule solidement avec l'homologue ; cette suture médiane forme, en profondeur, une crête qui s'encastre fortement dans la gouttière de l'épine nasale du frontal en haut, et qui, en bas, s'articule avec la lame perpendiculaire. Leur bord externe est mince et biseauté aux dépens de la face profonde ; il s'articule avec le bord antérieur de la branche montante. Leur bord inférieur, large et mince, est échancré pour le passage du nerf naso-lobaire ; il limite en haut l'orifice piriforme ; une articulation en biseau l'unit, très intimement, au bord supérieur du cartilage triangulaire, la solidité de cette union est encore renforcée par une membrane fibreuse très résistante, à tel point, qu'en cas de traumatisme, c'est la partie inférieure de l'os propre qui cède et se fracture.

Les os propres forment une véritable selle nasale qui protège bien la partie sous-jacente de la cloison. Mais il faut souligner le contraste entre la solidité de la partie haute et centrale de cette selle et la fragilité de ses parties inférieures et latérales. Le sommet de la selle forme l'arête dorsale du nez osseux.

-/- Les cartilages triangulaires forment la partie moyenne de la charpente externe.

Leur bord supérieur est uni au bord inférieur de l'os propre correspondant, et latéralement au bord antérieur de la branche montante. Leur bord interne répond à l'arête dorsale cartilagineuse ; nous reviendrons sur ses rapports avec le cartilage quadrangulaire.

Leur bord inférieur, fortement oblique, plus ou moins concave, donne insertion à l'aponévrose nasale.

Leur sommet affecte une forme variable : généralement aigu, s'insinuant entre cartilage septal et cartilage alaire, parfois

émoussé ; plus rarement remplacé par un cartilage accessoire.

-/- Les cartilages alaires ont une forme de fer à cheval.

Leur branche externe (crus latérale), ovalaire, occupant la partie moyenne de l'aile du nez, forme la partie inférieure de la charpente externe latérale ; elle est unie au cartilage triangulaire par une membrane fibreuse, l'aponévrose nasale.

Leur branche interne (crus mésiale), située sur un plan sous-jacent à la branche externe, s'adosse à son homologue pour former le squelette de la sous-cloison.

L'angle d'union des deux branches, ou dôme, est plus ou moins aigu ; il est séparé de son homologue par une encoche plus ou moins large.

Du point de vue chirurgical, on peut distinguer au nez deux portions : une portion fixe, formée par : os propres, branches montantes en partie, cartilages triangulaires et cartilage septal ;

une portion mobile, formée par : les ailes du nez latéralement, la sous-cloison au centre, la pointe en avant, et dont les cartilages alaires sont l'armature.

Ces deux portions sont réunies latéralement par l'aponévrose nasale, encore appelée ligament suspenseur de la pointe ; c'est le siège de l'incision vestibulaire postérieure.

I - SQUELETTE DE LA CLOISON NASALE -

La cloison est constituée par :

- en haut et en arrière, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde
- en bas et en arrière, le vomer
- en avant, le cartilage quadrangulaire

-/- La lame perpendiculaire est mince et fragile, de forme pentagonale.

Ses deux faces sont creusées de sillons vasculo-nerveux, surtout nombreux près du bord supérieur qui se confond avec la lame criblée.

Le bord postérieur, vertical, s'articule avec la crête sphénoïdale antérieure.

Le bord antéro-supérieur est oblique en bas et en avant ; il s'articule, en haut avec l'arête postérieure de l'épine nasale du frontal, en bas avec la suture médiane des os propres, sans atteindre le bord inférieur de la selle nasale.

Le bord antéro-inférieur est oblique en bas et en arrière, régulier, plus épais que la partie adjacente de la lame ; il s'unit solidement au cartilage septal.

Le bord postéro-inférieur est oblique en bas et en avant ; il s'unit à la partie postérieure du bord antérieur du vomer ; en avant, leur union réalise une ébauche de gouttière, où le cartilage quadrangulaire pousse un prolongement.

-/- Le vomer, mince mais solide, s'interpose en coin entre la lame perpendiculaire et la voûte palatine.

Le bord supérieur est court et divisé en deux lamelles déjetées en dehors : les ailes du vomer, séparées par une gouttière

médiane ; dans cette gouttière descend la crête sphénoïdale inférieure (canal sphéno-vomérien médian) ; de part et d'autre, les ailes s'appuient solidement sur la face inférieure du corps du sphénoïde.

Le bord postérieur est libre ; généralement médian, il sépare les deux choanes.

Le bord inférieur est solidement fixé à la crête nasale ; cette crête est formée par la saillie supérieure de l'union médiane des bords internes des lames horizontales palatines en arrière, et des apophyses palatines maxillaires en avant ; elle augmente progressivement de hauteur d'arrière en avant.

Le bord antérieur, oblique en bas et en avant, est creusé d'une gouttière qui reçoit, en haut et en arrière, la lame perpendiculaire, en bas et en avant le cartilage septal ; il est longé par un sillon vasculo-nerveux (nerf naso-palatin).

Les rapports entre l'extrémité antérieure du vomer et la suture inter-maxillaire sont plus complexes.

Pour certains auteurs, le tiers antérieur de l'union médiane des apophyses palatines s'élève brusquement en avant du canal palatin antérieur, au-dessus du plancher des fosses nasales, et devient une haute lamelle osseuse : la crête incisive. Cette crête présente un bord postérieur concave en arrière, sur lequel s'appuie le vomer ; son bord supérieur est convexe en haut, avec un segment antérieur oblique en haut et en arrière, répondant au cartilage septal, et un segment postérieur oblique en bas et en arrière, court, sur lequel déborde l'extrémité antérieure du vomer. A l'union de son bord antérieur fortement concave en avant, et du bord supérieur, se trouve : l'épine nasale antérieure ; c'est une saillie osseuse solide, épaisse ; de forme variable, généralement triangulaire, à sommet aigu déjeté en avant et plus ou moins saillant, sa base étant en retrait ; elle est parfois dédoublée.

Pour d'autres auteurs, entre l'extrémité antérieure du vomer et le bord postérieur de l'épine nasale est interposé un petit os rectangulaire : l'os sous-vomérien.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir, du point de vue chirurgical, que cette région inter-maxillaire forme un ensemble osseux, le "bloc incisif", surplombant le plancher des fosses nasales ; le sommet de l'épine, le bord supérieur de la crête incisive (ou de l'os sous-vomérien) et le bord antérieur du vomer sont sur une même ligne droite, oblique en haut et en arrière ; et la séparation chirurgicale entre le cartilage quadrangulaire et ce massif osseux se fera sans discontinuité.

Enfin, prenant solidement appui sur le sphénoïde et le bloc incisif, le vomer forme un arc-boutant, dont la solidité joue un rôle important dans la pathogénie des déformations septales.

-/- Le cartilage quadrangulaire est l'élément le plus épais de la cloison. Il est plus épais en arrière (4 mm.) qu'en avant (2 mm.) ; il est renflé en tubercule en regard du cornet moyen, aminci dans sa portion centrale.

Le bord postéro-supérieur est oblique en bas et en arrière ; il se soude très solidement à la lame perpendiculaire, sans interposition fibro-conjonctive ; il s'agit plus d'une continuité ostéocartilagineuse que d'une articulation.

Le bord antéro-supérieur, oblique en bas et en avant présente, d'arrière en avant, trois segments d'intérêt chirurgical variable.

- Le segment supérieur, court, se fixe à l'extrémité inférieure de l'union médiane des os propres ; exceptionnellement, il atteint toute la hauteur de cette suture.

- Le deuxième segment est le plus long ; il est situé entre les bords internes des cartilages triangulaires, auxquels il est intimement uni par du tissu fibreux.

Pour certains auteurs, les bords internes des triangulaires sont unis entre eux par une lame périchondrale, passant en pont au-dessus du cartilage quadrangulaire.

Pour d'autres auteurs, les cartilages triangulaires se continuent directement avec le cartilage septal, dont ils ne seraient qu'une expansion latérale.

Ces conceptions différentes montrent, cependant, l'intimité de l'union des trois cartilages à ce niveau.

- Le troisième segment, court, répond au sommet des cartilages triangulaires, et à la portion d'aponévrose nasale qui les unit au dôme des cartilages alaires ; à ce niveau, le cartilage septal est plus lâchement uni aux autres éléments du nez cartilagineux ; c'est le "segment libre" du bord antéro-supérieur. Ce bord forme l'arête dorsale inférieure du nez, et joue un rôle essentiel dans la morphologie externe de la pyramide nasale.

Le bord antéro-inférieur ; oblique en bas et en arrière, va de l'épine nasale au lobule, où il se continue avec le bord dorsal par un angle arrondi. Cet angle répond à la pointe du nez ; il est situé au-dessus et en arrière des cartilages alaires, auxquels il est rattaché par du tissu fibreux. A sa partie moyenne, le bord antéro-inférieur répond à la sous-cloison ; il est uni au bord supérieur des crus mésiales par du tissu fibreux lâche, siège de l'incision transfixiante ; vers le bas, le cartilage septal s'encastre entre les extrémités divergentes des crus mésiales. A sa partie inférieure, le bord antéro-inférieur devient libre et directement sous-cutané ; il forme, avec le bord postéro-inférieur, un angle de forme variable. En règle générale, il est marqué, et fait saillie en avant sous forme d'un véritable tubercule à la partie inférieure du cartilage quadrangulaire ; dans ce cas, c'est le bord postéro-inférieur qui s'articule avec l'épine nasale. Lorsque cet angle est peu marqué, presque à angle droit, il s'articule, directement avec l'épine nasale, qui devient, alors un véritable pivot pour le cartilage septal.

Le bord postéro-inférieur est oblique en bas et en avant. En arrière, il est solidement uni au vomer ; il vient se fixer entre les deux lèvres osseuses de la gouttière vomérienne ; cette articulation chondro-vomérienne est résistante ; le périchondre s'y continue directement avec le périoste. Son extrémité postérieure pousse un

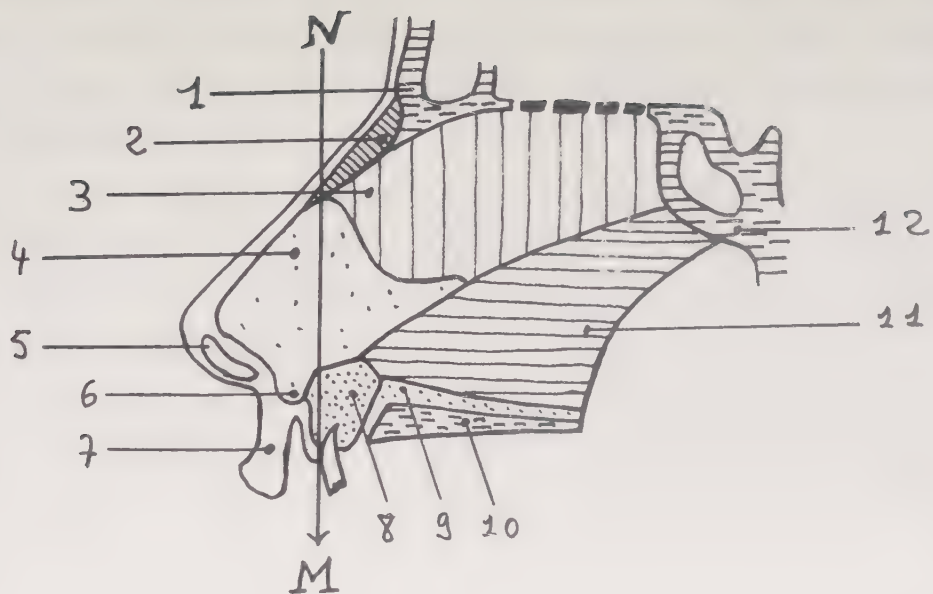
prolongement caudal entre le bord postéro-inférieur de la lame perpendiculaire et le bord antérieur du vomer. En avant, le cartilage quitte la gouttière vomérienne et vient reposer sur le bord supérieur de la crête incisive et le sommet de l'épine nasale, également creusés en gouttière. A ce niveau, l'articulation du cartilage avec le bloc incisif est moins solide et se disjoint plus facilement. Il est classique de signaler l'existence, possible à ce niveau, de part et d'autre du cartilage septal, de deux petites lamelles cartilagineuses, vestiges de l'organe de JACOBSON, sans intérêt chirurgical. Ce bord postéro-inférieur et son prolongement caudal constituent la zone fertile, la zone active principale d'accroissement du cartilage septal, "un véritable cartilage de conjugaison chondro-vomérien" (AUBRY) ; ils constituent aussi le siège d'élection des malformations septales congénitales, d'où leur qualificatif classique de "ligne maîtresse" (POTIQUET).

II - REVETEMENT DE LA CLOISON -

-/- Nous envisagerons, d'abord, le revêtement extérieur, élément extrêmement important dans le résultat esthétique de toute intervention rhinoplastique sur la cloison.

L'arête dorsale osseuse des os propres protège bien la cloison osseuse. Mais la partie inférieure de la selle nasale est déjà plus fragile à sa partie inférieure, en regard de son articulation avec l'extrémité postérieure du bord dorsal du cartilage septal. Au dessous des os propres, c'est le cartilage, uni au bord interne des cartilages triangulaires, qui forme l'arête dorsale du nez ; il est directement sous-tégumentaire. La peau, mince et lâche sur les os propres, est ici épaisse, doublée de tissu conjonctif qui diminue sa mobilité, et riche en glandes sébacées. En profondeur, elle est doublée de fibres musculaires de faible importance chirurgicale, appartenant aux muscles pyramidal et transverse du nez.

ANATOMIE DE LA CLOISON



1 OS FRONTAL

2 OS PROPRE

3 LAMME PERPENDICULAIRE

4 CARTILAGE Q.

5 CRUS MESIALE

6 TUBERCULE

7 LÈVRE SUPÉRIEURE

8 BLOC INCISIF

9 APOPHYSE PALATINE

10 CRÊTE NASALE

11 VOMER

12 SPHÉNOÏDE

Au niveau de la pointe, la peau est plus épaisse encore, plus adhérente, plus riche en tissu fibreux, en glandes sébacées et en vaisseaux. L'aspect morphologique du lobule relève donc, non seulement du squelette (angle du cartilage septal, dômes alaires, sommet des triangulaires), mais encore des téguments.

Le bord antéro-inférieur de la cloison répond à la columelle. Nous avons vu ses rapports avec les crus mésiales et le tissu fibreux inter septo-columellaire. Son segment inférieur sous-cutané mérite une attention particulière. A ce niveau, la face inférieure de la sous-cloison forme, avec le sillon sous-nasal de la face antérieure de la lèvre supérieure, un relief d'un haut intérêt esthétique : l'angle naso-labial.

Quand l'angle inférieur du cartilage septal est situé au niveau de l'épine nasale, la forme de l'angle naso-labial dépend, en partie, de la saillie plus ou moins accentuée du sommet de l'épine enfoui dans les parties molles.

Mais, en règle, l'angle septal, renflé en tubercule, déborde en avant de l'épine nasale ; il est, alors, aisément perceptible dans l'angle naso-labial dont il détermine, pour une part importante, le relief.

En pratique chirurgicale, quand on raccourcit l'arête nasale, on peut être amené, pour éviter l'atténuation excessive de l'angle, à réséquer le tubercule septal.

Dans le tissu sous-cutané de la face inférieure de la columelle, se trouvent des fibres musculaires étroitement dépendantes du muscle orbiculaire de la lèvre supérieure ; ce muscle est appelé dépresseur du septum : sa rétraction cicatricielle après rhinoplastie serait à l'origine de certaines chutes secondaires de la pointe (FRED).

Les faces latérales de la sous-cloison limitent, en dedans, les vestibules narinaires ; à ce niveau, la peau (vibrisses) se continue avec la muqueuse pituitaire.

-/- Le revêtement intérieur de la cloison est formé par la muqueuse
=====se adhérente au périoste et au périchondre sous-jacents.

- Le périoste est un étui fibreux qui tapisse les deux faces de la lame perpendiculaire et du vomer.

En haut, il se continue avec celui de la face postérieure des os propres.

En bas, avec celui de l'arête nasale, de la crête incisive, de l'épine nasale et du plancher des fosses nasales.

En avant, il se continue directement avec le péri-chondre du cartilage.

Du point de vue chirurgical, il adhère plus fortement à la muqueuse qu'à l'os, d'où la dénomination de muco-périoste ; le périoste représentant, en quelque sorte, la couche profonde de la muqueuse.

- Le "périchondre" recouvre les deux faces du cartilage quadrangulaire. Un rappel histologique et histogénique permettra de saisir l'intimité de leurs rapports (SELTZER).

Les cellules de la lame septale mésenchymateuse embryonnaire vont se différencier, progressivement, de la superficie à la profondeur. Elles vont former des strates de cellules cartilagineuses, qui sécrètent la substance fondamentale intercellulaire.

A l'inverse de la peau, dont la différenciation progressive de la profondeur à la superficie permet l'élimination des couches les plus superficielles kératinisées, ici la couche profonde des cellules cartilagineuses va se trouver emprisonnée entre les deux couches superficielles "germinatives".

Ainsi s'épuise, peu à peu, le potentiel de différenciation de la lame mésenchymateuse, et est formée une lame cartilagineuse.

La partie profonde est riche en cellules ; c'est un cartilage hyalin ; les cellules cartilagineuses sont englobées dans une substance fondamentale, qui donne au cartilage son homogénéité, son élasticité et sa résistance ; il est dépourvu de vaisseaux et

se nourrit par imbibition à partir des deux couches superficielles.

Celles-ci sont moins riches en cellules cartilagineuses, mais plus riches en fibres conjonctives et surtout en vaisseaux ; du point de vue histologique, elles font donc partie intégrante du tissu cartilagineux sous-jacent, d'où leur dénomination plus exacte d'épichondre (SELTZER) ; leur nature fibreuse et vasculaire rend compte de leur adhérence à la muqueuse. Chirurgicalement elles se laissent plus facilement décoller du cartilage, d'où la dénomination classique de muco-périchondre.

De ce bref rappel nous retiendrons les notions pratiques suivantes :

- Un cartilage fracturé ne consolide pas par édification d'un cal, mais par cicatrisation fibreuse des épichondres ; un cartilage réséqué ne régénère pas.
- Epichondre ou périchondre, il faut souligner leur rôle nourricier vis-à-vis du cartilage sous-jacent.
- L'espace de clivage, appelé sous-muco-périchondral, est en réalité sous-muqueux ; nous parlerons donc, dorénavant, de "décollement sous-muqueux" et non plus sous-périchondral, dénomination qui semble plus conforme à la réalité anatomo-histologique.

- La muqueuse pituitaire recouvre les trois éléments du squelette de la cloison, dont elle réalise ainsi un trait d'union important.

Elle est épaisse de 2 à 3 mm. en moyenne, plus épaisse au niveau des deux tiers inférieurs de la cloison.

Elle est richement vascularisée et innervée.

Elle est formée, de la superficie à la profondeur, par : un épithélium, une membrane basale, un chorion.

- L'épithélium est du type cylindrique stratifié (trois couches cellulaires). Fait très particulier, les cellules superficielles sont ciliées. Entre les cellules épithéliales sont disséminées des cellules calciformes à mucus (glandes muqueuses).
- La basale sous-épithéliale est épaisse ; elle est pénétrée par les éléments superficiels du chorion.
- Le chorion est une lame de tissu conjonctif, formée de fibres conjonctives entrecroisées avec de nombreuses fibres élastiques. En superficie, ces fibres sont intimement intriquées avec la basale. En profondeur, elles sont denses, plus volumineuses, adhérentes au périoste et au périchondre. Le chorion est riche en éléments glandulaires (glandes tubulo-acineuses mixtes), en fibres nerveuses, et surtout en éléments vasculaires. La couche profonde est occupée par des dilatations vasculaires engainées de fibres musculaires, formant ainsi un tissu caverneux érectile. Ce tissu est surtout développé sur les cornets inférieurs ; mais SELTZER a montré qu'il existe aussi sur la cloison, en regard de l'espace compris entre cornets inférieur et moyen, c'est-à-dire sur le trajet du courant aérien dans les fosses nasales.

Ainsi, la muqueuse n'a pas seulement un rôle de protection du cartilage ; elle contribue également au réchauffement, à l'humidification et à la purification de l'air inspiré.

Enfin, par sa fonction érectile, elle contribue à l'admission de l'air dans les fosses nasales. Il est classique, aussi d'attribuer une action bactériostatique à ses sécrétions glandulaires.

III - VASCULARISATION ET INNERVATION DE LA CLOISON -

La cloison est richement vascularisée ; cette richesse vasculaire, avec la fragilité et la congestion facile de la muqueuse, rend compte du saignement facile de la muqueuse septale.

Il faut aussi souligner l'étroite dépendance vasculaire du cartilage quadrangulaire vis-à-vis de la muqueuse. Les conséquences chirurgicales de cette dépendance seront envisagées plus loin.

-/- La vascularisation du revêtement extérieur de la cloison est assurée par des branches de l'artère faciale :

- L'artère de la sous-cloison naît de l'anastomose entre les deux artères coronaires supérieures. Elle se ramifie au niveau du lobule.
- Latéralement, et au niveau du dorsum, la vascularisation est assurée par des rameaux de l'artère de l'aile du nez et de l'angulaire.

-/- La vascularisation du revêtement intérieur se fait sur chaque face par trois artères : la sphéno-palatine, branche terminale de la maxillaire interne, et les ethmoïdales antérieure et postérieure, branches de l'ophtalmique.

- La branche interne de la sphéno-palatine est l'artère principale de la cloison. Elle émerge du trou sphéno-palatin, croise la face antérieure du corps du sphénoïde, atteint la cloison rapidement et descend obliquement en bas et en avant le long du bord antérieur du vomer ; à ce niveau, elle donne des rameaux supérieurs et inférieurs le long de la suture ethmoïdo-chondro-vomérienne, irriguant la majeure partie de la cloison. Elle se termine au-dessus du canal palatin antérieur, en s'anastomosant

avec l'artère naso-palatine.

- Les artères ethmoïdales, après avoir traversé la lame criblée, irriguent la partie antéro-supérieure de la cloison.

Ces trois artères forment un réseau richement anastomosé dans la couche profonde de la muqueuse, d'où la nécessité de passer dans le plan sous-muqueux, lors du clivage chirurgical.

Ce réseau est particulièrement dense à la partie antéro-inférieure de la cloison, à 1 cm. environ au-dessus et en arrière de l'épine nasale, où il forme la tache vasculaire de KISSELBACH, où aboutit aussi l'artère de la sous-cloison. Ainsi se trouvent anastomosées les deux systèmes carotidiens : la circulation intra-crânienne et la circulation faciale.

Les veines sont satellites des artères. Elles forment un plexus sous-muqueux serré (tissu caverneux) et se drainent vers les veines faciales, les plexus ptérygoïdiens et les veines ophtalmiques.

Les lymphatiques forment un réseau intra-muqueux qui se collecte, en grande partie, près de l'orifice pharyngien de la trompe, et de là gagnent les ganglions rétro-pharyngiens latéraux et les ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne.

Soulignons l'importance pratique de l'anastomose entre les systèmes veineux et les lymphatiques internes et externes : toute infection aiguë de la muqueuse ou du revêtement extérieur, doit faire reporter toute intervention chirurgicale septale ou externe rhinoplastique.

-/- L'innervation sensitive de la cloison est bien systématisée, permettant une bonne anesthésie locale.

Le rameau terminal interne du nerf nasal interne (ou nerf ethmoïdal antérieur), branche du nerf ophtalmique, innerve la partie antéro-supérieure de la cloison.

Le nerf naso-palatin (ou nerf sphéno-palatin interne), branche du nerf maxillaire supérieur, descend dans un sillon, un peu en arrière du bord antérieur du vomer, suivant l'artère sphéno-palatine interne ; il se termine près de l'épine nasale, et s'anastomose avec la branche nasale du nerf palatin antérieur ; il innerve la partie postéro-inférieure de la cloison.

L'innervation sensorielle est assurée par les filets terminaux du nerf olfactif à la partie toute supérieure de la cloison.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

-:-:-:-:-

-:-:-

- C H A P I T R E I I -

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

La cloison nasale et son cadre osseux dérivent du stomodeum, ou bouche primitive, limité par :

- en haut; le bourgeon frontal
- latéralement, les bourgeons maxillaires supérieurs
- en bas, les bourgeons maxillaires inférieurs
(extrémités inférieure des premiers arcs branchiaux droit et gauche).

Sur la face inférieure du bourgeon frontal, à droite et à gauche, se développent deux dépressions antéro-postérieures : les gouttières olfactives limitées, en dehors par le bourgeon nasal externe, en dedans par le bourgeon nasal interne. (Ces bourgeons nasaux sont issus du bourgeon frontal).

Les deux bourgeons internes vont confluer en un massif médian, tandis que les bourgeons externes vont constituer, avec les bourgeons maxillaires supérieurs, les massifs externes.

Ainsi les deux gouttières se creusent progressivement. Le rapprochement entre le bord inférieur des massifs externes et celui du massif médian achève de les transformer en fosses olfactives, en même temps qu'il forme le palais antérieur.

Vers le 45 ème jour, le stomodeum est divisé en une cavité inférieure buccale et deux cavités supérieures : les fosses nasales primitives. Celles-ci ne représentent que la partie antérieure des fosses nasales définitives ; elles vont se compléter au cours du 2 ème mois.

De la paroi interne des bourgeons maxillaires supérieurs émanent les processus palatins qui passent au-dessous des choanes primitives, et vont s'affronter sur la ligne médiane pour former le palais postérieur.

Simultanément, du bourgeon frontal descend une cloison sagittale : le septum nasal qui vient se souder sur la ligne médiane à la voûte palatine.

Cependant que s'ébauchent les crêtes maxillaires, dérivant du bord supérieur et médian des processus palatins.

Vers la fin du 2^{ème} mois, apparaissent, dans le septum, deux lames de condensation mésenchymateuses. La chondrification commence à partir du corps du sphénoïde, tandis qu'apparaissent, dans le tissu conjonctif qui tapisse les deux faces de la lame cartilagineuse, des centres d'ossification. Les deux crêtes maxillaires commencent à se fusionner d'avant en arrière pour former une crête unique.

A partir du 3^{ème} mois, le cartilage s'étend dans le septum ; la cloison commence à s'amincir ; les centres d'ossification s'organisent à la partie postérieure de la cloison cartilagineuse : deux nodules de part et d'autre de la ligne médiane le long de la base de la future apophyse crista galli ; et à côté de ces centres supérieurs, qui vont former la lame perpendiculaire, s'organisent, de part et d'autre de la partie postéro-inférieure, deux autres centres d'ossification inférieurs qui vont former le vomer.

Pendant ce temps, la suture inter-maxillaire se poursuit ; elle est particulièrement exubérante à sa partie antérieure, point majeur d'affrontement des potentiels d'accroissement des deux maxillaires supérieurs, formant à ce niveau la crête incisive. (La gouttière persistante de son bord supérieur témoigne de cette dualité d'origine). Le même processus de suture inter-maxillaire est à l'origine de l'épine nasale antérieure, expliquant son hyper ou son hypo développement, et son dédoublement parfois net.

A la naissance, la cloison est encore totalement cartilagineuse. Au cours de la première année de la vie, elle va subir un double processus de résorption et d'ossification, intéressant seulement sa partie postérieure. L'amincissement de la cloison se poursuit. L'ossification de la lame perpendiculaire se fait de haut en bas, de

part et d'autre de la lame cartilagineuse primitive. Tandis que le cartilage se résorbe progressivement; les deux lames osseuses commencent à se souder. Le vomer subit le même processus d'ossification. Seule la partie antérieure de la cloison se modifie peu, et reste cartilagineuse.

Au cours de l'enfance, s'achèvera la fusion des deux lames osseuses au niveau de la lame perpendiculaire et du vomer, fusion qui ne sera complète que vers l'âge de 15 ans.

De cette dualité d'origine persisteront des vestiges chez l'adulte : inconstamment au niveau du bord antéro-inférieur de la lame perpendiculaire, toujours au niveau des bords supérieur et antérieur du vomer sous forme de gouttières. (La lame perpendiculaire ne fusionnera pas avec le vomer avant l'âge de 40 - 45 ans).

Le bord inférieur et le prolongement caudal du cartilage quadrangulaire garderont, jusqu'à la puberté, un caractère "embryonnaire" et un potentiel d'accroissement.

De ce rappel embryologique nous retiendrons quelques notions pratiques.

Le développement de la cloison se fait par poussées jusqu'à la puberté, et est achevé vers 20 ans.

Une cloison épaisse peut être d'origine purement congénitale par persistance de deux lames cartilagineuses qui ne se fusionnent pas.

La théorie de ZUCKERKANDL, attribuant à la disproportion entre le développement de la voûte nasale et celui du maxillaire supérieur un rôle primordial dans la génèse des déviations septales, s'avère discutable (SALINGER).

En effet, la croissance du septum pendant la période de développement joue un rôle mineur dans la détermination de sa forme définitive ; le facteur majeur serait le caractère de sa forme originale, auquel s'associent des facteurs secondaires : traumatismes en particulier (SCHWARTZ).

L'extrémité antérieure du bord postéro-inférieur du cartilage septal est seulement posé, de façon lâche, dans la gouttière maxillo-vomérienne pendant de nombreuses années, alors, qu'assez précocement, la partie postérieure de la cloison est fixée de façon solide. Ceci expliquerait la fréquence des luxations cartilagineuses lors des traumatismes.

L'hyper ou hypo développement peut déformer l'angle nasolabial, le rendant soit obtus, soit aigu.

Enfin, l'embryologie autorise à penser que le cartilage septal est le principal organe anatomique qui contrôle le développement du profil de la voûte cartilagineuse du nez. Ceci explique la prudence qui doit être maintenue, jusqu'à la puberté, dans la chirurgie septale antérieure.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

-:-:-:-:-

-:-:-

- C H A P I T R E I I I -

ROLE DE LA CLOISON DANS LE SOUTIEN
DE LA CHARPENTE NASALE EXTERNE

KILLIAN avait déjà souligné le rôle de la cloison dans le soutien de la charpente nasale externe.

Ce rôle, nié par certains auteurs, a été mis en évidence par notre Maître, Monsieur le Professeur M. AUBRY, dans son rapport au Congrès O. R. L. de Paris 1956.

Selon le segment septal considéré, ce rôle diffère nettement. Un plan frontal, passant par la tête des cornets inférieurs, sépare la portion "pyramidale" de la cloison de sa partie postérieure appartenant au reste des fosses nasales.

La ligne verticale, représentant ce plan, est tracée de l'angle postéro-supérieur du cartilage septal à la partie antérieure de la crête incisive, en arrière de l'épine nasale. (cf. schéma)

-/- La partie antérieure de la cloison, peu étendue, rectangulaire, est limitée par :

- en arrière, la ligne M N
- en haut et en avant, le bord dorsal du cartilage quadrangulaire
- en bas et en avant, son bord antéro-inférieur
- en bas et en arrière, la partie antérieure, "incisive", de son bord postéro-inférieur.

Cette partie est strictement cartilagineuse, et répond à la voûte cartilagineuse du nez. Placée sous cette voûte fragile, qui ne la protège pas, elle en constitue le soutien.

" Tout déplacement des bords libres de cette cloi-
" son antérieure, toute altération de ces bords dans
" leur substance ou leur solidité, à fortiori toute
" disparition de ces bords, entraînent une déforma-
" tion externe du segment antérieur cartilagineux
" de la pyramide nasale. Les bords antéro-supérieur
" et antéro-inférieur de cette cloison soutiennent
" l'arête nasale dans sa partie sous-jacente aux os
" propres, ainsi que la pointe du nez ". (AUBRY).

KILLIAN a insisté sur ce rôle capital de la partie antérieure de la cloison. En effet, il avait souligné la nécessité, lors d'une résection sous-muqueuse, de conserver, le long des bords antéro-supérieur et antéro-inférieur du cartilage quadrangulaire, une bande cartilagineuse, suffisante pour éviter un effondrement de l'arête nasale.

Cependant, ce rôle n'est pas admis pour tous les Auteurs : en particulier FOMON, SYRACUSE, BOLOTOW, PULLEN.

Pour eux, les cartilages triangulaires, par leur rigidité, la solidité de l'union de leurs bords internes; leur attache résistante au bord inférieur des os propres et au bord antérieur des branches montantes, suffisent à soutenir l'arête dorsale du nez, à condition qu'aucune force ne s'exerce sur cette arête.

Lorsqu'un affaissement se produit après une résection trop étendue, il est tardif et dû, pour ces Auteurs, non pas à l'absence de soutien septal, mais à la rétraction cicatricielle muqueuse post-opératoire. (en rapport avec une perforation).

A cette théorie, nous ferons les objections suivantes.

Certes, cette rétraction existe et peut entraîner un effondrement si tout le soutien septal a été réséqué ; mais les effets désastreux de cette résection sont justement limités, si l'on a pris la précaution de conserver une bande cartilagineuse suffisante pour soutenir l'arête nasale.

Certes, dans leur partie supérieure les bords internes des cartilages triangulaires sont solidement unis par la fusion intime de leurs périchondres, mais dans leur partie inférieure leur union est plus lâche, seulement le fait d'un tissu conjonctif peu résistant.

Bien plus, au niveau du "segment libre" du bord antéro-supérieur du cartilage quadrangulaire, le cartilage septal est pratiquement seul à assurer un relief solide à l'arête nasale. En effet, si les sommets des cartilages triangulaires sont aigus et s'insinuent entre cloison et dômes alaires, leur union mutuelle est si lâche que seule leur attache au cartilage septal les empêche de s'affaisser ; si les sommets sont émoussés, le bord antéro-supérieur du cartilage quadrangulaire répond directement à l'aponévrose nasale ; dans les deux cas, c'est donc lui qui soutient l'arête nasale.

Le rôle du cartilage septal devient donc plus important aux approches du lobule ; il existe, juste en arrière de la pointe du nez, une zone critique en chirurgie septale antérieure.

Ainsi, le meilleur moyen de prévenir les effets de la rétraction cicatricielle et d'éviter un affaissement de l'arête nasale consiste à garder, le long du bord antéro-supérieur du cartilage septal, une bande assez large pour soutenir l'arête nasale.

" Cependant, l'opinion de ces Auteurs est plus fondée lorsqu'il s'agit, non pas d'une intervention isolée sur la cloison, mais d'une intervention associée à une rhinoplasie ". (JOST)

En effet, dans ce cas particulier, de nombreux éléments viennent renforcer les cartilages triangulaires :

1 - L'arête nasale est plus courte. (C'est le résultat recherché dans la majorité des rhinoplasties). De ce fait les cartilages sont raccourcis, ou tout au moins renforcés, par le chevauchement des cartilages alaires,

et la cloison perd son segment libre.

2 - Il existe, du fait de l'importance des décollements, un tissu néoformé qui matelasse l'arête nasale, et qui forme une sorte de "baguette de renforcement" à ce niveau.

3 - Enfin, du fait des ostéotomies latérales, les deux volets ostéo-cartilagineux latéraux viennent s'affronter étroitement au niveau de l'arête, et cet affrontement augmente sa résistance à l'effondrement.

-/- La partie postérieure de la cloison est très étendue.

Elle est ostéo-cartilagineuse, puisqu'elle comprend la partie postérieure du cartilage septal avec son important prolongement caudal, la lame perpendiculaire et le vomer.

Cette portion est solidement protégée par la selle nasale. Elle n'a aucun rôle dans le soutien de la charpente nasale externe, formée par les os propres solidement fixés au frontal et aux branches montantes.

Aussi sa résection n'a-t-elle pas de répercussion sur la morphologie externe de la pyramide nasale.

Quand il existe, à son niveau, une déformation externe associée à une déformation septale, c'est la déformation externe qui est responsable de la déformation septale ; à l'inverse de la pyramide cartilagineuse, où c'est la déformation septale qui est responsable de la déformation externe.

Du point de vue chirurgical, il faut retenir qu'autant la partie postérieure de la cloison peut être réséquée sans danger de déformation externe secondaire, autant il faut être conservateur au niveau de la cloison antérieure afin d'éviter toute séquelle inesthétique.

--:--:--:--:--:--:--

--:--:--:--:--

--:--:--

DEUXIEME PARTIE

LES DEFORMATIONS SEPTALES

Les déformations de la cloison nasale sont souvent classées en deux groupes suivant leur origine, congénitale ou traumatique. En fait, il semble plus intéressant en pratique de les envisager en fonction de leur siège : les déformations peuvent siéger soit à la partie postérieure, soit à la partie antérieure, soit, mais plus rarement, sur les deux parties de la cloison à la fois. Il est également fructueux d'envisager les différentes déformations de chacun de ces groupes, du point de vue morphologique, surtout celles de la partie antérieure pyramidale de la cloison. A ce niveau en effet les troubles esthétiques secondaires aux déformations viennent compliquer le problème fonctionnel, seul en jeu à la partie postérieure de la cloison.

- C H A P I T R E I -

=====

ETIOLOGIE DES DEFORMATIONS

Il était classique d'opposer deux groupes de déformations septales suivant leur origine, congénitale ou traumatique. Nous verrons dans ce chapitre que cette classification offre peu d'intérêt en pratique.

A/ - Les déformations congénitales relèveraient d'un trouble du développement du cartilage enserré dans un cadre osseux inextensible. Et nombreuses sont les hypothèses invoquées pour rendre compte de cette dysharmonie de développement : hérédité, rachitisme, malformation primitive de l'appareil maxillo-facial ... Certains auteurs (FISCHER, MALINIAC) ont insisté sur le rôle possible du traumatisme obstétrical ; ils soulignent qu'à la naissance la cloison est toujours rectiligne, les exceptions constatées pourraient être attribuées à la pression importante subie par la pyramide nasale lors de l'accouchement ; la déformation septale provoquée à ce moment peut n'être découverte que bien plus tard et mise alors sur le compte d'une déviation spontanée. SCHAEFFER met l'accent sur le rôle des micro-traumatismes de la petite enfance dans la genèse des déformations dites congénitales ; ces traumatismes peuvent n'entraîner que de légères déformations chez l'enfant ; mais au fur et à mesure de l'ossification de la cloison cartilagineuse, les déformations peuvent s'accroître, entraînant une déviation septale marquée (FUCHS). Ces déformations congénitales siègent électivement au niveau de la suture chondro-ethmoïdo-vomérienne, à la partie postérieure de la cloison.

B/ - Les déformations post-traumatiques varient suivant l'intensité, la direction et le point d'impact du traumatisme.

Les traumatismes osseux, antéro-postérieurs ou latéraux, peuvent être indirectement responsables de déformations septales : les lésions de la selle nasale se répercutant sur la cloison sous-jacente.

Le cartilage quadrangulaire, s'il pare assez bien un traumatisme latéral modéré car il plie mais ne se rompt pas (surtout chez l'enfant) résiste moins bien aux traumatismes antéro-postérieurs, en particulier lorsqu'il existe déjà une malformation du cartilage (SOLLIEK). Deux éventualités sont possibles : si l'articulation chondro-osseuse résiste, le cartilage se fracture verticalement ou presque, suivant un trait allant de l'extrémité inférieure des os propres à la crête incisive : c'est la fracture de Chevallet ; si l'articulation cède, le cartilage se luxe sur la gouttière osseuse : c'est la luxation de Jarjaway.

En conclusion : En dehors des cas traumatiques nets, l'étiologie réelle est souvent complexe et les causes plus ou moins intriquées. De toutes façons, en pratique chirurgicale, hormis les traumatismes récents, la classification des déformations septales selon leur origine offre peu d'intérêt dans le choix de la méthode de correction appropriée. Aussi préférons-nous classer les déformations septales suivant leur siège, antérieur ou postérieur, en mettant l'accent sur l'aspect morphologique de chaque déformation.

-:-:-:-:-:-:-:-

-:-:-:-:-

-:-:-

- C H A P I T R E I I -

=====

DEFORMATIONS SEPTALES POSTERIEURES

I - Les déformations postérieures isolées sont celles qui nous intéressent le plus en chirurgie septale proprement dite. On admet qu'elles sont généralement "congénitales" et les plus fréquentes des déformations septales. Elles siègent électivement au niveau de la ligne maitresse de Potiquet, puisque c'est là que s'affrontent la force d'accroissement du cartilage et la force d'inertie du cadre osseux vomérien. Deux éventualités sont possibles.

A - Le vomer résiste à la pression cartilagineuse et reste rectiligne :

- * ou bien le cartilage éverse les deux lèvres de la gouttière vomérienne, créant un épaississement de la cloison, visible sur les deux faces ;
- * ou bien, il éverse une seule lèvre et crée une saillie unilatérale : en éperon si elle est localisée, en crête si elle est allongée ;
- * ou bien le cartilage s'échappe de la gouttière vomérienne et continue à se développer sur une des faces du vomer, réalisant une luxation congénitale de la cloison. Cette éventualité est plus rare. La luxation est surtout nette à la partie postérieure et n'entraîne pratiquement jamais de trouble esthétique.

b - Le vomer cède à la pression cartilagineuse et s'infléchit. Le cartilage entraîne le vomer et la lame perpendiculaire dans son infléchissement, en une courbure ostéo-cartilagineuse à grand axe

oblique en haut et en arrière selon la ligne maitresse de Potiquet, créant ainsi une déviation septale postérieure. A l'examen au speculum, les deux faces de la cloison apparaissent anormales puisque convexe d'un côté et concave de l'autre. Il importe de préciser les caractères de cette déviation : son étendue de haut en bas et d'avant en arrière (avec le degré de la participation osseuse), la forme de sa courbure : simple en C ou double en S, le degré de sa courbure : arrondie à grand rayon ou aiguë en V couché.

Souvent, ces différentes anomalies se combinent entre elles et donnent lieu à des déformations complexes.

Il faut également signaler ici l'épaississement localisé à la partie antéro-inférieure de la cloison, en arrière de l'épine nasale. Cet épaississement est dû à une hypertrophie osseuse résultant de la fusion exubérante des bords internes des apophyses palatines des deux maxillaires. Il forme le "pied de cloison".

En regard de toutes ces déformations la muqueuse peut être plus ou moins modifiée : invaginée, adhérente, difficile à décoller sans danger dans l'angle rentrant d'une déviation aiguë ; fragile, mince sur le sommet d'une déformation plus ou moins angulaire.

Ces déformations postérieures isolées, lorsqu'elles sont strictement localisées en arrière de la ligne M N, n'entraînent jamais de déformation externe de la pyramide nasale comme nous l'avons vu. L'indication opératoire sera donc posée uniquement sur les troubles fonctionnels.

Le trouble le plus important est l'insuffisance respiratoire déterminée par l'obstruction nasale. Franchement unilatérale en général, elle peut être bilatérale mais prédomine alors d'un côté. Isolée au début, elle s'accompagne plus ou moins rapidement de différentes manifestations inhérentes à toute obstruction nasale chronique. Si l'importance de cette insuffisance respiratoire nasale dépend du volume de l'obstacle septal, elle dépend encore plus de son siège

par rapport au trajet du courant aérien endo-nasal.

A l'inspiration, après avoir franchi le vestibule, le courant aérien se dirige obliquement en haut et en arrière, longe l'arête dorsale, glissant sur la tête du cornet inférieur, et vient heurter la tête du cornet moyen qui le divise ; une faible partie continue le trajet initial vers la fente olfactive ; la plus grande partie chemine dans le méat moyen le long du bord inférieur du cornet moyen jusqu'à la choane. Puis il croise la queue du cornet inférieur et arrive au plafond du cavum.

La voie suivie à l'expiration est sensiblement la même.

Ainsi, le courant aérien décrit normalement une courbe à concavité inférieure à laquelle on peut distinguer un segment convergent, le vestibule, et un segment divergent, la fosse nasale proprement dite, séparés par le rétrécissement que forme en haut et en dehors le relief du repli falciforme. Le vestibule contrôle l'admission de l'air ; une déformation de ses parois, une altération de sa lumière peut modifier la respiration nasale : pointe tombante ou au contraire en retrait, atrésie narinaire ... La fosse nasale a un rôle conducteur ; ce rôle est partagé par les deux parois latérales : en dehors la paroi externe, avec le cornet moyen, le méat moyen, le cornet inférieur avec son tissu caverneux érectile ; en dedans la cloison qui empêche les deux courants aériens de se mêler : toute perte de substance septale entraîne une inter réaction des deux courants, sifflements, dépôts croûteux ...

Ce rappel physiologique montre qu'un examen rhinoscopique complet est indispensable pour s'assurer que l'obstruction nasale est due à un obstacle septal. S'il existe une autre cause d'obstruction l'indication opératoire doit être soigneusement pesée : la résection de l'obstacle septal seule peut être insuffisante ou même inutile ; elle doit être associée au traitement préalable de l'autre cause d'obstruction. En cas d'obstacle septal isolé, la rhinoscopie permet de bien analyser le volume, le siège et la forme de la déformation.

Mais cet examen rhinoscopique, bien qu'indispensable, n'est pas suffisant : ses données sont souvent trompeuses. En effet, les cloisons absolument rectilignes sont exceptionnelles, sans que toutes les déformations septales postérieures constatées quotidiennement entraînent des troubles fonctionnels. Seul compte donc en définitive le trouble accusé par le malade et contrôlé par un examen fonctionnel du nez. Et l'étude du trajet du courant aérien endo-nasal rend compte "de l'absence fréquente de parallélisme entre le volume de l'obstacle septal et l'intensité du dysfonctionnement respiratoire qu'il occasionne" (AUBRY). L'examen fonctionnel du nez est donc le complément nécessaire et indispensable de l'examen rhinoscopique. Il permet d'étudier la valeur de la respiration nasale, la seule physiologique, de déceler une insuffisance ignorée ou une insuffisance fonctionnelle que n'explique aucun obstacle intra-nasal. Il est donc très précieux pour justifier une indication opératoire et contrôler le résultat de l'intervention.

On s'explique ainsi les déboires auxquels expose l'équation : "obstruction nasale = cloison", donc pas d'intervention en l'absence de trouble fonctionnel dûment contrôlé. Mais toute déformation septale qui perturbe la respiration nasale doit être opérée. Sinon, elle entraîne plus ou moins tôt d'autres complications qui sont autant d'arguments en faveur de l'intervention (sinusites, otites, troubles réflexes ...).

La correction de ces déformations septales postérieures isolées est parfaitement obtenue par la résection sous-muqueuse à la Killian. Elle consiste à supprimer la déformation du squelette septal en respectant les muqueuses dont l'accolement post-opératoire reformera une cloison rectiligne. La technique est bien connue. Nous signalerons seulement ici une variante technique dans la voie d'abord : l'incision transfixiante telle qu'elle est pratiquée dans la reposi-tion de cloison. Cette incision, après le décollement sous-muqueux bilatéral, donne souvent une meilleure vue sur la déformation à ré-séquer. Elle a surtout l'avantage de réduire les risques d'effraction

de la musueuse, et partant, ceux de perforation de la cloison. En effet, elle supprime l'incision cartilagineuse endo-nasale "qui est un point d'appel pour une perforation ultérieure" (JOST).

Cette chirurgie septale à visée fonctionnelle seule donne de très bons résultats à certaines conditions. Son indication est très précise : "en aucun cas elle ne doit toucher à la portion pyramidale de la cloison, c'est-à-dire qu'elle doit respecter deux portions de la cloison : l'une en arrière de l'arête, l'autre au-dessous de la sous-cloison afin qu'aucune portion pyramidale de la cloison ne soit sacrifiée" (JOST). La conservation de ces deux attelles cartilagineuses est absolument nécessaire pour éviter l'effondrement post-opératoire du nez cartilagineux. Il faut réséquer toute la déformation obstruante et rien qu'elle : une trop large résection, lorsqu'elle n'est pas nécessaire, laisse une cloison flottante parfois plus gênante que la déformation initiale et fait courir le risque d'une perforation ultérieure.

Ces déformations septales postérieures isolées qui se révèlent uniquement par des troubles fonctionnels relèvent donc d'une chirurgie fonctionnelle pure. Et la résection sous-muqueuse de Killian donne ici pleine satisfaction. Lorsqu'il s'agit d'une simple crête responsable d'une obstruction nasale unilatérale seulement, on a le choix entre l'ablation en bloc de la crête avec son revêtement muqueux à l'aide d'un éperotome, ou mieux une résection sous-muqueuse limitée.

II - Les déformations septales postérieures associées à une déformation externe de la selle nasale que nous envisagerons ici sont essentiellement post-traumatiques. A ce niveau, rappelons-le, c'est la déformation externe traumatique qui est à l'origine de la déformation septale ; ceci explique que souvent la correction précoce de la déformation externe entraîne en même temps celle de la déformation interne.

Les déformations septales peuvent être associées à une déviation latérale ou à un enfoncement des os propres dont la cloison est solidaire.

A - Déviation latérale des os propres.

A la suite d'un bloc latéral "l'auvent nasal est désarçonné de ses assises sur les branches montantes". Dans leur déplacement, les os propres entraînent avec eux la partie supérieure de la cloison osseuse qui se fracture au niveau de la fragile lame perpendiculaire. Il en résulte une déviation septale haute et postérieure.

La correction de cette déviation se fait d'elle-même lorsqu'on réduit précocément la fracture osseuse : ainsi du même coup sont corrigés le trouble esthétique et le trouble fonctionnel liés à la fracture des os propres et à la déviation septale.

Il peut arriver que la réduction de la fracture de la cloison soit incomplète et que la persistance de la déformation septale s'oppose à la manière d'un ressort à la réduction complète de la fracture osseuse ; ou bien, si la fracture est réduite, que la déformation externe se reproduise soit immédiatement, soit secondairement. Il faut alors intervenir sur la cloison osseuse pour libérer les os propres. Cette libération peut se faire soit "en fracturant la cloison le long de la face inférieure de l'auvent nasal osseux pour briser le ressort" (AUBRY) soit en réséquant la déviation septale selon la méthode de KILLIAN. Dans les deux cas, réduction septale et réduction osseuse sont pratiquées dans le même temps opératoire.

B - Enfoncement des os propres.

A la suite d'un choc antéro-postérieur, l'auvent osseux s'est enfoncé en masse entre les deux apophyses maxillaires. Il arrive aussi que la selle nasale éclate et s'écrase en "livre ouvert" sur les branches montantes. Dans les deux cas les lésions septales consécutives à cet enfoncement des os propres sont très importantes. Il s'agit rarement d'une simple luxation ou d'une déviation ; le plus souvent ce sont des fractures multiples entraînant une dislocation et un épaississement de la cloison ; et ces déformations septales irrégulières sont généralement très obstruantes.

En l'absence de traitement précoce, les fragments septaux vont consolider en conservant leur chevauchement et leur angulation ; les muqueuses traumatisées se cicatrisent et deviennent très adhérentes dans les zones fracturaires et extrêmement fragiles.

Ici la réduction de la fracture des os propres corrige moins bien la déformation septale : il persiste souvent un certain tassement secondaire des fragments septaux, responsable d'obstruction nasale ; l'ensellure externe persiste souvent aussi à un degré variable. Il faut intervenir en deux temps : correction septale d'abord, puis correction externe. La première est obtenue par le procédé de Killian. Secondairement (au moins deux mois après) l'ensellure nasale sera corrigée par un greffon osseux. Les deux corrections sont absolument nécessaires, l'une sans l'autre ne corrige qu'un des deux troubles fonctionnel ou esthétique ; et elles doivent être entreprises séparément dans l'ordre indiqué afin d'assurer un lit de soutien stable au greffon et de ne pas risquer de déplacer le greffon lors d'une correction septale secondaire.

Ces traumatismes osseux se répercutent souvent sur le nez cartilagineux. Nous reviendrons sur le traitement des déformations septales ainsi occasionnées, en envisageant l'ensemble de la cloison dans les déformations de la pyramide nasale.

Conclusion : correction des déformations strictement limitées à la partie postérieure de la cloison.

En pratique il faut envisager deux cas schématiques :

- 1 - simple obstruction nasale. C'est le cas de la plupart des déformations septales postérieures. La résection sous muqueuse à la Killian est donc le procédé de choix en chirurgie septale postérieure.
- 2 - Obstruction nasale et déformation externe du nez osseux.

Si la fracture est récente : la correction septale se fait en même temps que la réduction de la fracture des os propres. Nous avons vu que cette réduction précoce est le plus souvent pleinement satisfaisante dans les déviations latérales et que par contre, elle n'est pas toujours suffisante dans les enfoncements.

Si la fracture est ancienne, la correction septale doit être associée à une rhinoplastie. Le schéma thérapeutique classique est le suivant :

- en cas de déviation latérale, la correction des deux déformations doit se faire dans le même temps ;
- en cas d'enfoncement léger, également. C'est seulement si l'enfoncement est important que la correction septale doit précéder la rhinoplastie osseuse.

--:--:--:--:--:--:--

--:--:--:--

--:--:--

- C H A P I T R E I I I -

DEFORMATIONS SEPTALES ANTERIEURES

Les déformations de la partie antérieure de la cloison telle que nous l'avons définie, se manifestent généralement par un double dommage, esthétique et fonctionnel à la fois. Aussi nous paraît-il intéressant de les examiner d'abord de l'extérieur (examen morphologique du nez) puis de l'intérieur (examen rhinoscopique). Nous les classerons en fonction de leur retentissement esthétique, c'est-à-dire sur les bords antéro-supérieur (ou arête) et antéro-inférieur du cartilage, et de leur aspect rhinoscopique. De ce point de vue nous distinguerons les déformations angulaires, avec crête, des déformations non angulaires, planes ou mousses. Ces déformations peuvent être isolées ou associées à une déformation septale postérieure ou à une difformité de la pyramide nasale.

I - Déformations septales antérieures isolées.

A - L'arête est normale mais le bord antéro-inférieur est luxé.

1°) - Il s'agit le plus souvent d'une déformation angulaire avec crête presque horizontale, parallèle à la sous-cloison, telle que la réalise la "fracture de Huet".

La crête divise le cartilage en deux parties : la partie postérieure, de beaucoup la plus étendue, est solidaire du reste de la cloison et dans son alignement ; la petite partie antérieure, de forme parallélipipède, est luxée sur la sous-cloison et se trouve dans un plan frontal. Si ce fragment n'est pas assez large pour déformer l'arête nasale, la saillie du bord antéro-inférieur suffit à compromettre la perméabilité d'une narine. Les orifices narinaux

sont asymétriques. Du côté luxé la narine est arrondie et l'aile du nez paraît raccourcie ; du côté opposé elle semble allongée, rétrécie, et l'aile paraît plus longue.

Le cartilage est plus souvent plicaturé que complètement fracturé. Aussi la forme de cette angulation est-elle simple (presque à angle droit), sa constitution le plus souvent uniquement cartilagineuse. Les muqueuses sont relativement peu traumatisées, peu cicatricielles et moins fragilisées que dans beaucoup d'autres types d'angulation à crête plus aiguë.

La difficulté de sa correction tient surtout à son siège très antérieur, là où le rôle de la cloison dans le soutien de la charpente nasale externe est fondamental, et à la nécessité d'assurer au segment cartilagineux reposé un appui stable sur son "pivot" osseux (épine et crête incisive).

2°) - Il peut s'agir d'une déformation non angulaire : les deux faces de la cloison sont planes mais son attache inférieure est déportée vers une des fosses nasales, c'est le "déplacement en bloc" de la cloison (JOST).

La cloison est droite, ne présente aucune déformation, mais son pied osseux n'est plus médian. L'arête est généralement normale, mais le bord antéro-inférieur est luxé sur la sous-cloison et de plus en plus nettement au fur et à mesure qu'on se rapproche du plancher narinaire. L'obstruction nasale unilatérale tient surtout à l'asymétrie des fosses nasales : l'une étant atrésiée et l'autre trop large.

La correction consiste à libérer le pied osseux, à la scie de préférence, aussi loin qu'il le faut vers l'arrière, et à maintenir la cloison en position médiane par un méchage unilatéral. Le seul problème muqueux posé par ce type de déformation est l'éventuelle nécessité d'une greffe muqueuse destinée à combler la zone découverte au niveau du plancher de la fosse nasale atrésiée.

B - L'arête est déformée et le bord antéro-inférieur luxé.

La déformation de l'arête peut être une déviation latérale, un enfoncement ou une bosse. L'association de deux déformations n'est pas rare. Nous envisagerons ici la déviation et l'enfoncement qui sont les troubles esthétiques les plus courants des déformations septales antérieures. Nous verrons plus loin les autres cas.

1°) - La déformation septale responsable est souvent angulaire.

- L'arête nasale est déviée. Il s'agit généralement d'une angulation à crête verticale dont le type est réalisé par la fracture de Chevallet.

Le trait de fracture, presque vertical ou légèrement oblique en bas et en arrière, va de l'extrémité inférieure des os propres à l'extrémité antérieure de la gouttière vomérienne. Il divise le cartilage septal en deux parties. La partie postérieure reste dans l'alignement de la cloison postérieure. Le fragment antérieur "tourne autour du trait de fracture" et tend à se mettre dans un plan frontal. Ce déplacement entraîne une déviation latérale de la partie antérieure strictement cartilagineuse de la cloison qui fait une angulation avec la partie postérieure. Ce fragment, grossièrement quadrangulaire est limité par quatre bords.

Le bord antéro-supérieur fait une angulation plus ou moins importante avec le reste de l'arête nasale : l'arête cartilagineuse est déviée latéralement ; la pointe suit souvent le déplacement de l'arête et peut être légèrement abaissée.

Le bord antéro-inférieur est généralement luxé sur la sous-cloison. Et, devenu libre, il apparaît nettement sous forme d'une saillie prononcée qui obstrue sérieusement un vestibule. L'asymétrie des orifices narinaux est encore plus accentuée que dans l'angulation de Huet. Si le bord antéro-inférieur n'est pas luxé, "la sous-cloison est également déviée et le dommage esthétique encore

plus important que lorsque la columelle reste en place" (AUBRY).

Le bord postérieur fait saillie dans la fosse nasale opposée sous forme d'une crête verticale également obstruante.

Le bord inférieur, très court, pivote sur son support osseux incisif. (La partie de ce bord appartenant à la cloison postérieure est souvent luxée sur le vomer du côté de la crête angulaire).

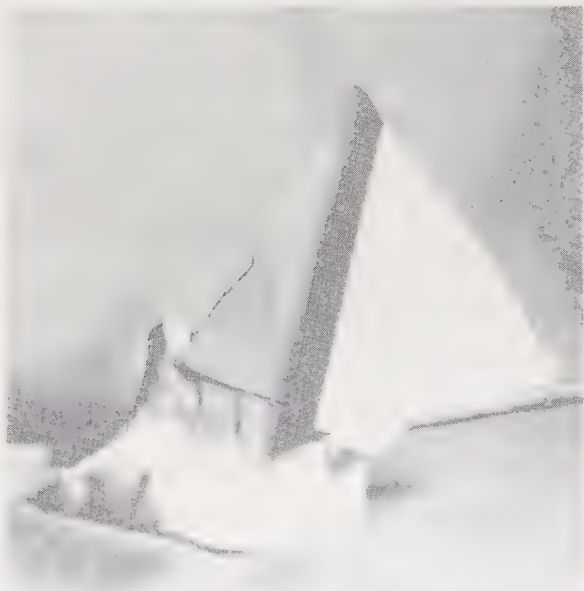
- Le dommage est donc double : obstruction nasale bilatérale souvent accentuée, parfois plus d'un côté, et déformation de la silhouette du nez cartilagineux. Si, malgré cette double indication opératoire, la déformation n'est pas corrigée précocément, la zone fracturaire va s'organiser et former une angulation septale.

= La forme de cette angulation est plus complexe que celle de Huet. Elle est à base inférieure, à sommet supérieur qui s'estompe progressivement vers les os propres. Du côté concave, la dépression est généralement arrondie, car partiellement comblée par du tissu fibreux sous-muqueux. Du côté convexe, elle apparaît divisée en deux berges par la crête verticale formée par la saillie du bord postérieur du fragment antérieur. La berge antérieure, nettement visible, est constituée par la partie postérieure de la face oblique du fragment septal dévié et se continue plus ou moins insensiblement avec la partie antérieure de la cloison. La berge postérieure est souvent incomplètement visible, car généralement plus abrupte que la berge antérieure : un porte-coton à bout recourbé permet de sentir qu'elle est séparée de la cloison postérieure par une dépression nette. A la jonction des deux berges, la crête angulaire forme une saillie, tantôt aiguë, presque tranchante, tantôt plus mousse.

= La constitution de cette angulation est nettement différente en avant et en arrière. La berge antérieure est généralement cartilagineuse. La structure de la berge postérieure est plus



CLOISON NORMALE



ANGULATIONS

PARALLÈLE A LA COLUMELLE

VERTICALE

complexe ; elle peut être uniquement formée de tissu fibreux cicatriciel émané des deux muqueuses traumatisées et comblant le hiatus fracturaire ; elle peut être fibro-cartilagineuse : les deux fragments étant encore accolés par quelques fines lamelles cartilagineuses noyées dans le tissu fibreux. Dans les angulations non traumatiques la constitution des deux berges est identiquement cartilagineuse.

+ Le revêtement de cette angulation est généralement très modifié. Du côté concave la muqueuse est épaissie et adhérente au tissu fibreux sous-jacent. Du côté convexe elle est d'autant plus mince et plus fragile que la crête est plus aiguë ; son adhérence accroît encore les difficultés du décollement à ce niveau.

Telle se présente habituellement l'angulation de Chevallet. Lorsque la déformation est ancienne, datant de l'enfance, les autres éléments du nez cartilagineux peuvent être modifiés : les cartilages triangulaires asymétriques, les dômes alaires déformés. Si la fracture cartilagineuse s'est accompagnée d'une fracture marginale inférieure des os propres, il peut exister un cal osseux disgracieux au niveau du dos du nez.

- L'arête nasale est affaissée et déviée. Il s'agit souvent d'une luxation de Jarjaway : luxation du bord postéro-inférieur du cartilage, déterminant une angulation septale à crête oblique.

Le bord postéro-inférieur s'échappe de sa gouttière osseuse et glisse, sur une des faces de la crête maxillo-vomérienne, qui reste rectiligne, vers le plancher de la fosse nasale. Le cartilage septal subit un double déplacement vertical et transversal qui tend à la mettre dans un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Ce déplacement provoque un affaissement et une déviation latérale de toute la cloison antérieure.

Le bord postéro-supérieur solidement uni à la lame perpendiculaire est rarement désinséré. Le cartilage reste en haut et en arrière dans l'alignement de la cloison osseuse. C'est seulement au niveau du prolongement caudal qu'il peut être disjoint de la lame perpendiculaire.

Le bord antéro-supérieur est affaissé : l'arête cartilagineuse apparaît déprimée surtout en avant ; elle est également déviée du côté opposé à la luxation du bord postéro-inférieur. Le plus souvent la pointe tend à suivre son déplacement, aggravant encore le dommage esthétique.

Le bord antéro-inférieur est luxé sur la sous-cloison et la rétrocroise obliquement. Il forme une saillie nettement visible à la partie supérieure de la narine du côté de la déviation de l'arête. La saillie qu'il forme à la partie inférieure de la narine opposée est plus discrète car masquée par l'élargissement normal à ce niveau de la sous-cloison tégumentaire.

Le dommage est donc double, fonctionnel et esthétique, puisque à l'obstruction nasale bilatérale déterminée par les deux bords luxés, s'ajoute une profonde déformation du nez cartilagineux. En l'absence de réduction précoce, cette luxation traumatique va s'organiser et former une angulation septale.

+ Sa forme n'est pas aussi nette que celle de l'angulation de Chevallet. Du côté luxé, le bord postéro-inférieur forme une crête oblique en haut et en arrière, surplombant le plancher de la fosse nasale dont elle s'écarte de plus en plus d'avant en arrière. Entre la crête et le plancher, la muqueuse dessine une dépression plus ou moins accusée selon l'épaisseur du tissu comblant le hiatus cartilage - crête osseuse. La crête parfois mousse est souvent aiguë surtout en avant. Du côté opposé, le speculum permet de constater le signe essentiel de la luxation : la partie antérieure de la gouttière osseuse est déshabillée et directement visible. Elle forme avec la

partie adjacente de la face cartilagineuse, une dépression nette.

+ La constitution de cette déformation est théoriquement cartilagineuse. En pratique, elle doit être considérée comme ostéo-fibro-cartilagineuse. En effet le cartilage et la crête maxillo-vomérienne sont accolés comme deux lames de ciseaux. La participation osseuse est d'autant plus importante que s'imposera la remise en état de la gouttière. De plus, os et cartilage sont étroitement unis par du tissu fibreux serré, dense, surtout dans les deux dépressions latérales ; ce tissu est le résultat de la cicatrisation des deux muqueuses traumatisées.

+ Cette angulation est revêtue de muqueuses très modifiées. Amincies et fragiles au niveau de la crête cartilagineuse et de la lèvre libre de la gouttière osseuse, elles sont toujours adhérentes.

- La luxation de Jarjaway présente une variante. La luxation du cartilage septal s'accompagne souvent de petites fractures : soit que le cartilage se fracture près de son bord postéro-inférieur sur presque toute la longueur de la suture chondro-osseuse ; soit qu'au contraire une des lèvres de la gouttière maxillo-vomérienne se brise. Leur association n'est pas rare dans les traumatismes assez importants. Cependant ces lésions cartilagineuses ou osseuses ou ostéo-cartilagineuses surajoutées ne modifient pas les conséquences fonctionnelles ou esthétiques de la luxation. Par contre elles aggravent les difficultés de correction de l'angulation septale. En effet, les muqueuses sont encore plus profondément altérées et leur cicatrisation va édifier un tissu fibreux extrêmement serré, source de nouvelles difficultés de décollement sous-muqueux. Le cartilage est lésé au niveau de sa zone d'accroissement : si le sujet traumatisé est jeune, le bord postéro-inférieur va proliférer sous forme d'épines ou éperons, il sera non seulement luxé mais hypertrophié. Enfin, la gouttière osseuse est disloquée, élargie. La participation osseuse dans cette crête angulaire septale est donc importante et compliquera d'autant la correction de la luxation cartilagineuse.

DEFORMATIONS ANTERIEURES

=====

I - ANGULAIRES

A crête verticale
(coupe horizontale)

A crête oblique
(coupe vertico-frontale)

II - NON ANGULAIRES

Verre de montre

Déplacement en bloc

2°) - La déformation septale responsable de la déformation de l'arête et de la luxation du bord antéro-inférieur peut être non angulaire.

Entre les déformations angulaires et le déplacement en bloc existe un type intermédiaire où la cloison présente certes une ébauche d'angulation mais sans crête. Il s'agit de courbures cartilagineuses relativement régulières et de grand rayon, de déformations mousses. Telles sont les déformations "en verre de montre" ou "en cylindre" (JOST).

Lorsque la convexité septale est suffisamment accusée, ces déformations se manifestent par une obstruction nasale à forte prédominance unilatérale et des troubles esthétiques d'intensité variable. Souvent peu accusées, la déviation de l'arête et la luxation du bord antéro-inférieur peuvent être manifestes.

+ La déformation en verre de montre retentit souvent à la fois sur l'arête et le bord antéro-inférieur. Fait caractéristique, il n'y a pas d'angulation nette au niveau de l'arête qui est régulièrement incurvée, la déviation s'accroissant progressivement depuis l'extrémité inférieure des os propres. De même le bord antéro-inférieur n'apparaît pas rectiligne lorsqu'il est luxé : par suite de sa courbure, une de ses extrémités apparaît de façon plus nette dans un vestibule ; en l'absence de luxation, la columelle et la pointe sont déformées, les dômes vestibulaires asymétriques.

+ La déformation en cylindre retentit souvent de façon prédominante sur l'un des deux bords "esthétiques" de la cloison. Suivant la direction de son grand axe, presque vertical ou oblique en haut et en arrière, le dommage cosmétique sera plus accusé sur l'arête ou le bord antéro-inférieur. Ici aussi le caractère premier de la déformation externe est son aspect régulier, la déformation septale retentissant "harmonieusement" sur le nez cartilagineux.

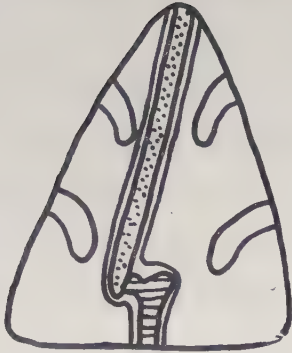
Les déviations latérales isolées de l'arête, sans luxation du cartilage sur la sous-cloison sont essentiellement le fait de ce type de déformation septale cylindrique. Dans ce cas le trouble esthétique est important : arête déviée, sous-cloison et pointe déviée puisque restées solidaires du cartilage, orifices nasaux nettement asymétriques.

L'intérêt de ces déformations mousses tient surtout à la difficulté particulière de leur correction : il est absolument nécessaire de briser le ressort formé par ces "coupes" cartilagineuses pour éviter la reproduction de la déformation après la reposition.

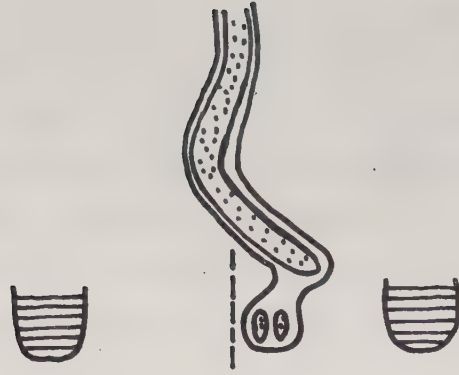
Telles sont schématiquement les principales déformations septales antérieures isolées. En pratique elles peuvent être plus complexes. Cette complexité tient à l'existence de nombreux types intermédiaires entre les angulations horizontales, verticales ou obliques : le centre de rayonnement commun aux différentes crêtes angulaires se trouve toujours au voisinage de l'épine et de la crête incisive. Elle tient aussi à leur association possible : tels sont les cas où "une fracture survient sur un cartilage septal spontanément déformé par une forte courbure, le trait de fracture intéressant alors souvent le sommet de cette courbure" (PAIN).

La correction des déformations angulaires est loin d'être aussi simple que celle des déformations septales postérieures. Ici la déformation est à elle seule responsable du double dommage fonctionnel et esthétique. Corriger l'un sans l'autre serait une lourde faute. Il faut donc utiliser un procédé qui permette "d'agir sur le pilier de soutien de la charpente nasale cartilagineuse qu'est le cartilage septal, sans porter atteinte au rôle primordial qu'il doit jouer dans le rétablissement de l'esthétique nasale perturbée" (AUBRY). Aussi le procédé de Killian ne peut-il être utilisé ici, car la correction nécessite le respect d'une attelle de soutien suffisante le long des bords dorsal et antéro-inférieur du cartilage. Mais cette portion

LUXATIONS

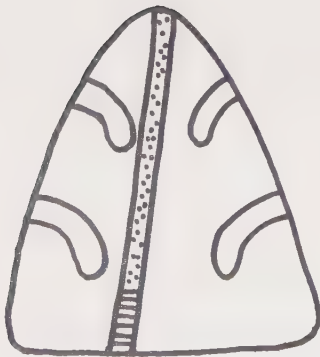
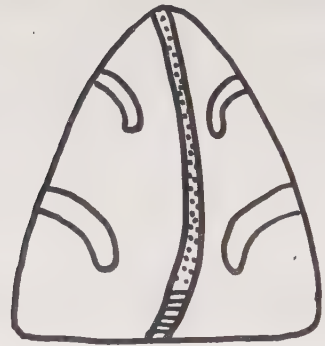


DE JARJAWAY



SUR LA SOUS-CLOISON

"VERRE DE MONTRE"



Avec Participation Osseuse,



DÉPLACEMENT EN BLOC

antéro-inférieure est précisément responsable en grande partie de l'obstruction nasale ; la respecter c'est laisser persister un obstacle respiratoire ; la réséquer c'est entraîner un effondrement du nez et aggraver les troubles initiaux. Le procédé de choix est la reposition de la cloison déviée ; elle consiste à remettre en place, à reposer dans le plan médian sagittal la totalité du segment septal dévié. Seul ce procédé permet du même coup la correction du double dommage esthétique et fonctionnel.

Dans la correction des déformations non angulaires, son indication est encore plus indiscutable. Si la déformation externe est peu accusée elle permet le rétablissement de la perméabilité nasale sans risques de séquelles inesthétiques. Si elle est accusée, par sa conception rhinoplastique, la reposition de la cloison complétée d'un hachurage de la coupole cartilagineuse est la seule technique satisfaisante.

II - Déformations septales antérieures et postérieures associées.

Les déformations septales peuvent siéger à la fois sur les deux parties antérieure et postérieure de la cloison, tout en prédominant en règle sur l'une des deux parties.

Dans la luxation de Jarjaway, la déformation septale antérieure se prolonge en arrière le long de la suture chondro-vomérienne. La luxation cartilagineuse latéro-vomérienne est pratiquement constante dans les déformations angulaires antérieures. Les déformations mousses s'étendent aussi presque toujours à la cloison postérieure, tout au moins à sa partie cartilagineuse. Le déplacement en bloc de la cloison antérieure se prolonge souvent assez loin en arrière au pied vomérien qui se trouve déplacé latéralement.

Une déformation à prédominance postérieure peut déborder

sur la cloison antérieure sous forme d'une incurvation du cartilage qui peut même entraîner une déformation externe du nez cartilagineux. Etant donnée la fréquence des déformations postérieures congénitales, on comprend "qu'une déformation nasale externe ne soit pas toujours d'origine traumatique" (AUBRY).

Dans les traumatismes importants, les deux parties de la cloison peuvent être déformées sans qu'à posteriori l'on puisse préciser si c'est la déformation septale postérieure qui s'est étendue en avant ou inversement. Il est d'ailleurs fréquent de constater en cours d'intervention des déformations postérieures qui ne sont manifestement que coexistentes avec les déformations antérieures et indépendantes d'elles.

Aussi en pratique importe-t-il non seulement de préciser "l'unité" ou l'indépendance des déformations des deux parties de la cloison, mais surtout de préciser leur aspect morphologique, leur étendue d'avant en arrière et de haut en bas, la participation osseuse (lame perpendiculaire surtout).

La correction de ces déformations intéressant les deux parties de la cloison, associera les procédés propres à chaque segment septal : résection en arrière, reposition en avant.

III - Déformations septales antérieures associées à une difformité externe de la pyramide nasale.

A - Nez dévié. La pyramide nasale dans son ensemble est déviée latéralement. Cette déviation peut être congénitale ou traumatique, associée à une déformation angulaire ou cylindrique, ou à un déplacement en bloc de la cloison antérieure.

En cas de traumatisme latéral violent, la déviation septale est due au déplacement de la pyramide osseuse qui a entraîné avec elle la charpente nasale cartilagineuse. Le cartilage septal se fracture à un niveau variable, souvent au niveau de la suture chondro

osseuse inférieure ; il s'agit alors d'une fracture luxation de Jarjaway. Il en résulte une obstruction nasale bilatérale et une déviation de l'arête nasale ostéo-cartilagineuse qui reste souvent droite.

En l'absence de réduction précoce, le traitement va être plus complexe que lors d'une déviation cartilagineuse isolée. La reposition de cloison devra s'associer à une rhinoplastie osseuse ; il importera lors de l'intervention de vérifier soigneusement la cloison osseuse. Corrections pyramidale et septale, esthétique et fonctionnelle, se feront en une seule séance opératoire.

B - Nez ensellé. L'ensellure peut être limitée à l'arête cartilagineuse ou porter sur toute l'arête nasale..Elle peut être d'origine traumatique, post-opératoire ou congénitale. Elle est tantôt minime, aisément corrigée lors de la correction septale, tantôt accusée, de traitement complexe : en pratique les difficultés varient nettement selon que la pointe du nez a totalement perdu son soutien ou qu'au contraire il s'agit d'un effondrement sus-jacent, au niveau de l'armature cartilagineuse constituée par les cartilages septal et triangulaires, avec relèvement de la pointe.

Nous avons déjà envisagé l'ensellure traumatique de l'arête osseuse qui peut être isolée ou prolongée à l'arête cartilagineuse et l'enfoncement de l'arête cartilagineuse dans les luxations de Jarjaway. Les grands effondrements traumatiques du nez sortent du cadre de la chirurgie septale proprement dite parce que la nécessité d'une greffe de soutien rend inutile toute chirurgie "fine" de la cloison.

Par contre nous rappellerons la fracture sous-périchondrale, particulièrement fréquente chez l'enfant. Au départ, il ne s'agit que d'une fissure ou d'une fracture minime laissant en contact les deux fragments cartilagineux. Il n'y a donc pas de trouble esthétique ni fonctionnel à ce stade et la fracture passe le plus souvent inaperçue. Mais les muqueuses peuvent être lésées et la blessure des petits vaisseaux peut provoquer la formation d'un hématome sous-muqueux bilatéral. Cet hématome est une affection septale grave en

l'absence de traitement précoce. S'il s'infecte, l'abcès secondaire entraîne une nécrose cartilagineuse qui peut aboutir à un affaissement de l'arête nasale. Cette complication est en fait devenue rare depuis les antibiotiques.

L'ensellure peut être une complication à distance d'une résection sous-muqueuse. Elle est alors le plus souvent due à une résection trop étendue du cartilage septal qui n'a pas respecté les attelles de soutien indispensables. Elle est plus rarement due à une péri-chondrite de l'attelle dorsale qui entraîne son élimination progressive.

En pratique le problème est de savoir si corrections septale et pyramidale peuvent se faire en un seul temps ; c'est le but à atteindre. Ou bien si elles doivent se faire en deux temps. C'est dire l'intérêt du bilan pré-opératoire portant à la fois sur la déformation de la cloison et de la pyramide nasale. S'il faut intervenir en deux temps, la cloison sera d'abord corrigée, puis au bout de deux à trois mois l'ensellure sera comblée par une greffe.

C - Nez bossu ou trop long.

En cas de nez bossu l'hypertrophie du cartilage est le plus souvent associée à une hypertrophie osseuse. L'arête d'un nez bossu peut être droite ou déviée. Si la déviation existe, l'attention est attirée d'emblée sur la cloison sous-jacente. Si l'arête est droite et la cloison déformée par une angulation basse, la résection de la bosse peut aboutir à une déformation de l'arête : c'est dire l'intérêt de l'examen rhinoscopique en chirurgie esthétique.

En cas de nez trop long l'hypertrophie du cartilage septal entraîne une saillie anormale et disgracieuse de la columelle et une pointe de nez tombante.

L'association de ces difformités externes aux déformations septales antérieures pose des problèmes thérapeutiques complexes, en particulier dans le choix de l'ordre chronologique des différentes corrections. La combinaison des différentes difformités entre elles (nez bossu et trop long à la fois, nez bossu dévié) peut encore accroître les difficultés chirurgicales.

Conclusion : Indication opératoire des déformations septales antérieures.

L'indication opératoire doit dépendre des résultats d'un bilan approfondi des déformations à corriger.

- Examen morphologique. Il permet de prévoir un plan de travail que l'on pourra modifier en cours d'intervention à la demande des problèmes particuliers. Une correction septale ne comporte pas obligatoirement tous les temps opératoires habituellement décrits. Il faut savoir se limiter à des corrections partielles lorsque les conclusions du bilan le proposent (JOST).
- Examen clinique. L'étude de l'insuffisance respiratoire nasale ne doit pas être négligée au profit du problème esthétique seul. Un examen fonctionnel du nez est indispensable, de même qu'un examen rhinologique soigneux ; il n'est pas besoin d'insister sur la nécessité d'opérer sur une muqueuse propre. Un examen O. R. L. complet recherchera en particulier une sinusite latente, une rhinite chronique, qui se réveilleraient après l'intervention et compromettraient son résultat.

Si une rhinoplastie doit être associée à la correction septale, la qualité de la peau, le potentiel cicatriciel personnel du malade, seront étudiés.

- Bilan radiographique. Radiographies simples de face et de profil, tomographies, ne sont pas toujours superflues. L'incidence de Gosserez est riche en renseignements.

Des photographies, face et profil au moins, compléteront
toujours le bilan pré-opératoire.

- Les examens de laboratoire courants : T. S., T. C., groupe ;
N. G. F. S. au moindre doute ; urée ; glycémie chez les personnes âgées.

-:-:-:-:-

-:-:-:-

-:-:-

T R O I S I E M E P A R T I E

CORRECTIONS DES DEFORMATIONS SEPTALES ANTERIEURES

Après avoir retracé les premiers essais de la chirurgie septale antérieure, nous analyserons les techniques les plus marquantes ; deux grandes tendances marquent les débuts de cette chirurgie : résections suivies d'implantation cartilagineuse et repositions.

L'étude critique des principales méthodes nous montrera la part, de plus en plus grande, accordée au problème esthétique dans cette chirurgie qui se doit d'être à la fois fonctionnelle et esthétique.

Puis nous exposerons la technique personnelle du Professeur M. AUBRY et ses variantes, en particulier les nombreux problèmes posés par l'association reposition - rhinoplastie ; problèmes devenus essentiels depuis l'essor de la chirurgie esthétique.

Un rappel des principales complications de la chirurgie septale antérieure mettra en lumière l'importance de certains détails techniques.

RAPPEL HISTORIQUE DES PREMIERES TECHNIQUES DE CORRECTION DES DEFORMATIONS SEPTALES ANTERIEURES

Vers le milieu du 19 ème siècle, LANGENBECH, DIFFENBACH, CHASSAIGNAC réséquaient au rabot la partie septale obstruante dans sa totalité, cartilage et muqueuse, sans se préoccuper de la perforation secondaire.

ADAMS (1875) fut le précurseur de la reposition de la cloison. Après avoir fracturé ou écrasé, selon les cas, la déviation septale, il déplaçait en bloc le cartilage recouvert de ses deux muqueuses non décollées ; et il le reposait sur la ligne médiane, pensant qu'il resterait en bonne position jusqu'à consolidation. Sa technique fut reprise par ASCH en 1890. Mais ni l'un ni l'autre, malgré l'intérêt suscité par ce procédé, ne firent l'unanimité parmi les rhinologistes de l'époque.

HARTMAN et PETERS (1882) envisagèrent la possibilité de réimplanter en bonne position entre les deux muqueuses le cartilage préalablement libéré.

BURKHART (1885), BOSWORTH (1887), KRIEG (1889) proposèrent de réséquer la déformation septale obstruante par voie sous-muqueuse, en respectant les muqueuses.

Ainsi voit-on s'ébaucher les trois grandes tendances qui vont s'affronter au XX ème Siècle : résection sous-muqueuse simple, résection suivie d'implantation cartilagineuse, reposition de la cloison.

Le nom de KILLIAN domine la chirurgie septale fonctionnelle. Exposée en 1904, sa technique de résection sous-muqueuse fut, pendant longtemps, la seule intervention septale bien codifiée. Elle est, encore actuellement, pleinement satisfaisante dans la correction des déformations septales postérieures. Nous avons vu pourquoi elle est à

rejeter dans celle des déformations antérieures (avec déformation externe du nez).

Cependant quelques auteurs ont essayé de l'utiliser dans la chirurgie septale antérieure, en la complétant de façon variée.

JOSEPH amarrait le cartilage restant, après la résection de la déformation obstruante, à la branche montante du maxillaire supérieur opposé, par un fil de soie laissé en place 10 jours.

D'autres complétaient le procédé de KILLIAN par un raccourcissement du cartilage alaire de l'aile du nez opposé à la déviation (MAUREL, DUFOURMENTEL), ou du cartilage triangulaire (BOURGUET). Mais, aucun de ces artifices de "traction contraire" ne corrigeait la déformation externe de façon durable. Le cartilage septal, du fait de son élasticité, tend à reprendre sa position vicieuse et à reproduire la déformation initiale.

Rebutés par ces échecs, réalisant la difficulté de concilier la conservation nécessaire d'un soutien suffisant au nez cartilagineux, et l'action nécessaire sur ce pilier de soutien pour rétablir à la fois l'esthétique et la perméabilité nasale, les Rhinologistes essayèrent d'autres techniques ; leur multiplicité témoigne de la complexité de la chirurgie septale antérieure.

Vers 1930, se dessinent deux grandes orientations : résection suivie d'implantation de greffon cartilagineux, correction de la déformation et reposition du cartilage conservé au maximum.

-:-:-:-:-

- C H A P I T R E I -

RESECTIONS SUIVIES D'IMPLANTATION CARTILAGINEUSE

Ces techniques, dans l'ensemble, consistent à faire la résection sous-muqueuse de tout le cartilage obstruant, sans se soucier des attelles cartilagineuses de soutien. Puis, pour éviter l'affaissement du nez, un ou plusieurs greffons cartilagineux sont réimplantés entre les deux muqueuses. Ce cartilage provient le plus souvent du cartilage septal réséqué, soigneusement remodelé et calibré, ou, s'il n'est pas utilisable, d'un cartilage costal.

A - HUET (1927) comble la dépression laissée par la résection du bord antéro-inférieur du cartilage dévié, par une attelle découpée dans le fragment réséqué et qu'il suture à la sous-cloison.

B - PEER (1937), après une incision le long du bord libre antéro-inférieur du cartilage dévié, fait un décollement sous-muqueux bilatéral aussi large qu'il le faut. Il résèque totalement le segment septal antérieur dévié et le reste de la cloison à la demande, mais il conserve une bande cartilagineuse le long de l'arête nasale. Puis, à partir de l'incision initiale, il creuse entre les deux crus mésiaux une poche qui va de l'épine nasale au lobule. Après avoir mesuré la distance épine - lobule, il taille un greffon droit dans la portion plane du cartilage réséqué. Ce greffon est placé dans la poche créée et suturé à la columelle ; il servira de support à la pointe du nez. Il termine par une suture des deux lèvres muqueuses de l'incision initiale et un tamponnement bilatéral. Il enlève les tampons au 3^{ème} jour, les fils au 5^{ème} jour.

C - ELSBACH (1946) utilise la même technique que PEER ; respect d'une attelle dorsale, greffon antéro-inférieur. Mais, dans les

résections étendues, il conserve une deuxième attelle cartilagineuse verticale allant du plancher des fosses nasales à l'attelle dorsale, qu'elle aide, ainsi, à soutenir la charpente nasale externe.

D - GALLOWAY (1946) pense que l'affaissement post-opératoire est dû à la rétraction cicatricielle des muqueuses, et non à la résection cartilagineuse. Il résèque donc entièrement le cartilage septal. Puis, il réimplante un grand greffon cartilagineux entre les deux muqueuses. Ce greffon, de forme rectangulaire, va reformer à la fois l'arête dorsale et s'appliquer dans la poche créée dans la sous-cloison (comme PEER). En plus, grâce à un système de fils tracteurs, le greffon est bien plaqué contre la columelle, et suturé à la peau de la sous-cloison et aux muqueuses.

E - FOMON (1948) fait une résection complète, comme GALLOWAY. Puis comme PEER, il place un petit greffon suturé à la columelle. Et pour soutenir l'arête dorsale, au lieu du grand greffon de GALLOWAY, il utilise deux ou quatre petits greffons.

F - Les techniques de KAYSER (1946) et THOMAS (1945) diffèrent très peu de celles de GALLOWAY et FOMON.

THOMAS résèque totalement le cartilage septal. Puis, hors des fosses nasales, il le corrige, le remodèle, l'aplanit, en le fracturant au besoin ; et il le réimplante en totalité à nouveau.

- CRITIQUE DE CES METHODES -

Ces techniques de résection combinée à une réimplantation cartilagineuse ne permettent pas une correction parfaite des deux dommages fonctionnel et esthétique des déformations septales antérieures.

Le résultat fonctionnel immédiat est, certes, généralement excellent, la résection ayant largement porté sur toute la partie septale obstruante. Mais il est le plus souvent acquis aux dépens du résultat esthétique. Celui-ci est, en effet, rarement satisfaisant et même va à la longue retentir sur le gain fonctionnel.

A/ Dans les techniques type PERR, la conservation d'une attelle cartilagineuse dorsale prévient l'affaissement nasal. Encore faut-il que cette attelle soit assez longue et rectiligne.

- Si l'attelle dorsale est rectiligne mais déviée; le résultat esthétique est nul, puisqu'une déformation externe persiste. De plus, la cicatrisation des deux muqueuses, restées solidaires de l'attelle dorsale, risque d'entraîner une déviation secondaire du greffon cartilagineux réimplanté. Car la suture septo-columellaire n'a qu'un effet passager. De ce fait, le résultat fonctionnel va, lui aussi, être compromis. C'est pour prévenir cette déviation que FOMON recommande de pratiquer une section des cartilages triangulaires le long de leur attache septale, puis de suturer ces cartilages pour ramener l'attelle dorsale sur la ligne médiane. Mais l'élasticité du cartilage septal finit par vaincre cet artifice de traction contraire. Enfin, le greffon columellaire finit également par glisser sur l'un des côtés de l'épine nasale, entraînant avec lui la pointe du nez.

- Si l'attelle dorsale est non seulement déviée, mais encore incurvée, le procédé de FOMON a encore moins de chances de réussir.

B/ Dans les techniques type GALLOWAY, qui ne conservent pas d'attelle dorsale, le résultat esthétique et fonctionnel dépend uniquement du greffon cartilagineux. Ce greffon, autogène dans tous les cas, est exposé à plusieurs risques. En raison du mode très particulier de la vascularisation du cartilage septal et de son étroite dépendance des muqueuses, ce grand greffon unique est exposé à l'ischémie, risque d'autant plus grand que le greffon est plus grand. Cette ischémie entraîne une nécrose responsable de la résorption progressive

du greffon. Ainsi l'arête nasale risque de s'affaisser, compromettant la perméabilité nasale.

En fait, il semble qu'il faille discuter l'importance de ce risque d'ischémie ; nous y reviendrons.

Le greffon risque encore de s'infecter, malgré les plus grandes précautions d'asepsie ; on en connaît les conséquences désastreuses.

Un troisième danger menace ce greffon unique : la cicatrisation des muqueuses, si elle est inégale, peut le faire dévier d'un côté. C'est pour prévenir les méfaits de cette cicatrisation que FOMON recommande d'implanter plusieurs fragments de cartilage, au lieu d'un seul greffon.

Enfin, le greffon unique de GALLOWAY, lorsqu'il reste médian, donne une telle fixité au nez cartilagineux que la pointe du nez en devient anormalement immobile.

En conclusion, ces méthodes de résection suivies de ré-implantation cartilagineuse sont grevées de risques certains.

Aussi, actuellement, leur utilisation dans la correction des déformations septales antérieures avec déformation externe du nez n'est justifiée que lorsque la reposition de la cloison ne donnerait pas tous les résultats qu'on en attend habituellement.

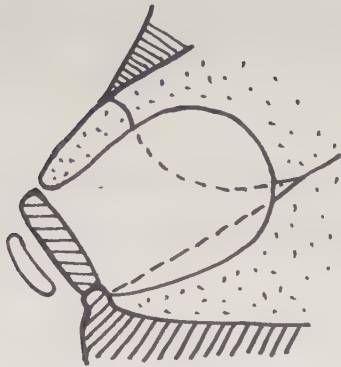
Ces méthodes restent donc des procédés de nécessité.

-:-:-:-:-:-:-:-

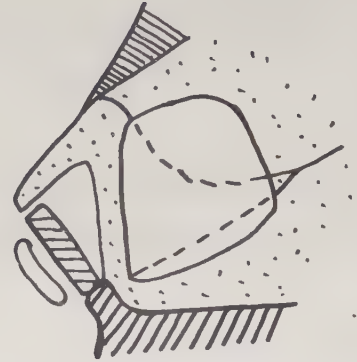
-:-:-:-:-

-:-:-

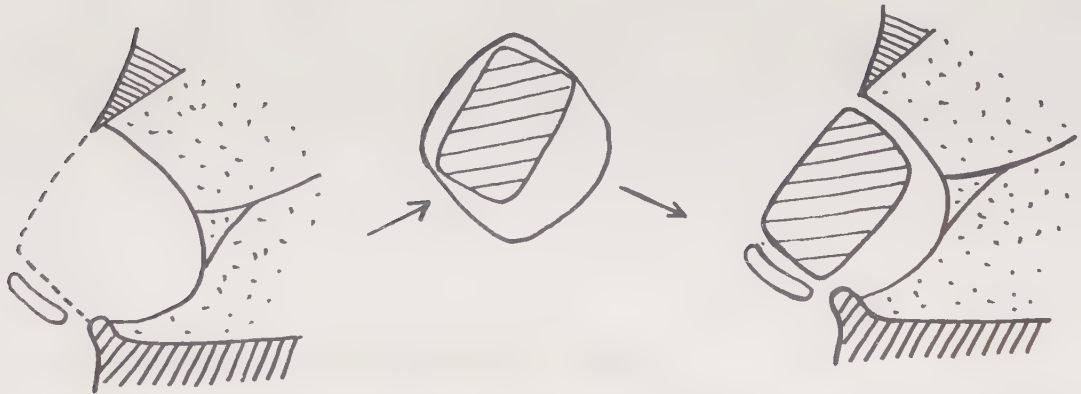
RÉSECTIONS COMBINÉES A DES RÉIMPLANTATIONS CARTILAGINEUSES



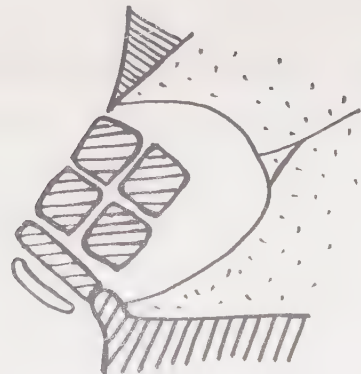
PEER



ELSBACH



GALLOWAY



FOMON

- C H A P I T R E I I -

LES METHODES DE REPOSITION DE LA CLOISON

Ces méthodes visent à corriger simultanément le double dommage fonctionnel et esthétique, en agissant seulement sur le segment septal dévié.

A l'opposé des précédentes méthodes, elles sont conservatrices au maximum. Après libération de ses attaches, en particulier au niveau de la déformation responsable de la déviation septale, la partie septale déviée est remise en bonne position.

Les techniques de "correction rhinoplastique par reposition" se sont progressivement perfectionnées et affirmées dans le traitement des déformations septales antérieures avec déformation externe du nez.

A - Technique de METZENBAUM - 1929.

METZENBAUM fut le premier à envisager la possibilité de mobiliser le segment septal dévié, sans le réséquer, et de le remettre en position normale. Il proposa la technique suivante, décomposée en neuf temps.

1 - Incision le long du bord libre antéro-inférieur du cartilage dévié, du côté de la convexité de la déviation.

2 - Décollement sous-muqueux unilatéral, du côté convexe, jusqu'au niveau de l'angulation.

3 - Incision verticale du cartilage de haut en bas de l'angulation, en respectant la muqueuse opposée. Par cette

incision, ablation d'une bande cartilagineuse emportant l'angulation.

4 - Mobilisation du bord postéro-inférieur du segment luxé.

5 - Libération et remise en état de la gouttière antéro-supérieure du vomer.

6 - Création d'une poche columellaire, entre les crus mésiales, destinée à recevoir le bord libre antéro-inférieur du cartilage dévié.

7 - Mobilisation du segment dévié et reposition sur la gouttière vomérienne et dans la poche columellaire.

8 - Suture du cartilage à la sous-cloison et suture de l'incision initiale.

9 - Tamponnement intra-nasal pour contenir en bonne position la cloison reposée.

La grande innovation de cette technique, outre la "reposition" elle-même, est le décollement sous-muqueux unilatéral.

Mais son application est limitée. METZENBAUM lui-même précise qu'elle ne peut être utilisée que si le bord antéro-inférieur du cartilage est rectiligne.

De plus, elle ne peut être utilisée dans la correction des déviations septales avec forte incurvation de l'arête nasale, ou avec angulations septales multiples, ou avec cartilage fracturé en plusieurs fragments adhérents à des muqueuses cicatricielles.

Enfin, même dans les "bons cas", la reposition est gênée par la persistance, au niveau de l'arête dorsale, des attaches du cartilage septal aux cartilages triangulaires ; la libération n'étant pratiquée que sur trois bords.

Dernière critique : la muqueuse opposée à l'angulation n'étant pas préventivement décollée, risque d'être lésée au cours du troisième temps.

B - Technique de SELTZER - 1944.

A partir de 1930, les rhinologistes bénéficièrent des progrès de la chirurgie rhinoplastique (JOSEPH), en particulier des voies d'abord endo-nasales. Parmi celles-ci, l'incision vestibulaire postérieure, donnant une large vue sur toute la partie antérieure de la cloison, va être la plus utilisée dans la chirurgie septale.

Cette incision inter-cartilagineuse a la forme d'un U renversé. On lui distingue trois segments situés dans des plans différents, du fait même de la forme du cartilage alaire.

- Le premier segment vertical, interne, le plus antérieur, passe entre le bord postérieur de la crus mésiale et le bord antéro-inférieur du cartilage septal.

- Le deuxième segment angulaire (répondant à l'angle d'union des deux branches du cartilage alaire) longe le repli falciforme ou plica nasi : relief situé à la partie postérieure du vestibule et formé par la saillie de la pointe et du bord inférieur du cartilage triangulaire ; il apparaît nettement lorsqu'on rétracte le lobule en haut et en arrière.

- Le troisième segment externe est fortement incliné de haut en bas et d'avant en arrière (en position opératoire) ; il longe le bord postérieur de la crus mésiale. (L'incision se fait non pas sur le repli falciforme lui-même, mais juste au-dessus, dans le sillon sus-jacent, c'est-à-dire dans l'aponévrose inter-cartilagineuse).

Cette incision endo-nasale est tracée de façon continue au niveau des trois segments, en protégeant au fur et à mesure le reste du vestibule.

Classiquement, elle commence en bas, en arrière du bord postérieur de la crus mésiale, en avant de l'épine nasale ; remonte verticalement en rasant le bord antéro-inférieur du cartilage septal, en arrière de la sous-cloison, jusqu'à l'angle du cartilage quadrangulaire ; puis elle s'incline progressivement en arrière et en dehors le long de la plica nasi et du sillon séparant le bord inférieur du cartilage triangulaire, du bord postérieur de la crus mésiale ; elle s'arrête juste au niveau de l'extrémité externe de la crus latérale.

On peut également tracer cette incision en commençant par le segment externe ; lorsque le dôme vestibulaire est très aigu, il y a intérêt à la tracer en trois temps : segments interne et externe d'abord, puis réunion de ces deux segments au niveau de l'angle.

Puis, un bistouri boutonné à la lame courte est introduit dans l'angle supérieur de l'incision ; et abaissé vers l'épine nasale, sectionnant d'un seul coup tout le tissu fibreux unissant le cartilage septal à la sous-cloison.

Les deux incisions verticales sont, ainsi, réunies par cette incision transfixiante qui libère totalement le bord antéro-inférieur du cartilage quadrangulaire.

Cette voie d'abord, dont nous avons donné la description classique (elle peut être simplifiée en chirurgie septale) permet de libérer le cartilage septal sur ses quatre bords, et d'exposer pleinement la déformation angulaire.

Cette nouvelle manière d'aborder le cartilage septal va être simultanément utilisée dès 1944, et de façon à peu près identique par BOLOTOW et A. SELTZER surtout, dont la technique se décompose en neuf temps.

1 - Incision vestibulaire postérieure dans son segment externe, et prolongée en dedans jusqu'au bord dorsal du cartilage septal ; cette incision est pratiquée des deux côtés.

2 - Décollement de la face superficielle des cartilages triangulaires.

A partir de cette incision, on achève la séparation crus latérale - cartilage triangulaire en sectionnant l'aponévrose nasale au bistouri ou aux ciseaux. Puis, on décolle le cartilage triangulaire de son revêtement tégumentaire en passant entre cartilage et périchondre jusqu'au bord inférieur de os propres.

3 - Libération du bord antéro-supérieur du cartilage septal.

Le décollement est poussé jusqu'à la ligne médiane, et on libère ainsi l'arête dorsale aux ciseaux ou au bistouri boutonné de haut en bas, jusqu'à apercevoir la pointe de l'instrument utilisé dans l'incision vestibulaire opposé.

4 - Libération du bord antéro-inférieur - Incision transfixiante.

Arrivé à la pointe du nez, le bistouri boutonné contourne l'angle du cartilage septal et est dirigé, en rasant le bord antéro-inférieur du cartilage, vers l'épine nasale. Ainsi, du même coup, l'incision porte sur la peau vestibulaire des deux côtés et sur le tissu fibreux reliant le cartilage septal à la sous-cloison. Au voisinage de l'épine nasale, le décollement est complété aux ciseaux fins et droits.

5 - Exposition de la convexité septale, plus ou moins angulaire, en plaçant un écarteur sur le bord antéro-inférieur du cartilage dévié.

6 - Excision de l'angulation septale.

Un peu en avant de l'angulation, une incision verticale, intéressant uniquement la muqueuse, est pratiquée du bord antéro-supérieur au bord antéro-inférieur du cartilage

septal. Puis, en arrière de cette incision, la muqueuse est décollée prudemment, à la spatule ou à la rugine, pour mettre à nu l'angulation. Deux incisions verticales parallèles, uniquement cartilagineuses et respectant soigneusement la muqueuse opposée, sont alors pratiquées en avant et en arrière de l'angulation. Après avoir ainsi isolé une petite bande cartilagineuse qui porte l'angulation, on la récline avec précaution à l'aide d'un petit crochet, en surveillant la muqueuse opposée, et on l'excise.

7 - Libération du bord postéro-inférieur du cartilage et reposition du segment dévié.

Après avoir libéré le cartilage en haut, en avant et en arrière, il reste à libérer son bord postéro-inférieur.

Toujours du côté convexe, la muqueuse et le bord inférieur du cartilage sont incisés horizontalement au bistouri, en respectant la muqueuse opposée. Le segment dévié peut alors, être mobilisé et reposé sur la ligne médiane ; il est suturé en masse à la partie postérieure rectiligne du cartilage.

8 - Suture du bord antéro-inférieur du segment reposé à la sous-cloison.

9 - Contention de la cloison reposée : intérieurement par un tamponnement nasal léger, extérieurement par une bande adhésive assurant une légère hyper-correction de la déformation.

Cette technique de SELTZER est la première à permettre la libération du segment septal dévié sur ses quatre bords, en ne pratiquant qu'un décollement sous-muqueux unilatéral (très partiel) du côté convexe.

Ses inconvénients majeurs sont de ne pas remettre en état la gouttière maxillo-vomérienne, condition essentielle pour le

maintien en bonne position de la cloison reposée ; et de ne pas faire un décollement préventif de la muqueuse du côté opposé à l'angulation, qui risque, de ce fait, d'être lésée au 6^{ème} temps.

Enfin, SELTZER reconnaissait lui-même que sa technique n'était pas applicable intégralement à toutes les déformations septales antérieures, et soulignait la nécessité de l'adapter à chaque cas particulier.

C - Technique de MALINIAC - 1945.

Cette technique diffère sensiblement de la précédente et se décompose ainsi :

1 - Incision vestibulaire postérieure limitée à son segment vertical interne ; une incision transfixiante réunit les deux incisions latérales, libérant ainsi le bord antéro-inférieur du cartilage septal.

A partir de cette incision, on décolle l'arête dorsale de son revêtement tégumentaire, ce qui permet la libération du bord antéro-supérieur du cartilage de ses attaches aux cartilages triangulaires.

2 - Décollement sous-muqueux du côté convexe en totalité ; puis grâce à deux contre-incisions, antéro-supérieure et postéro-inférieure, la muqueuse décollée est réclinée : l'angulation septale apparaît alors nettement.

3 - Excision de la bande cartilagineuse portant l'angulation, de la même façon que SELTZER, en surveillant la continuité du dos du nez.

4 - Libération du bord postéro-inférieur du segment dévié par une incision horizontale, en réséquant, au besoin, une petite bande cartilagineuse.

5 - Le segment septal dévié, qui n'adhère plus qu'à la

muqueuse opposée, peut alors être mobilisé et reposé sur la gouttière osseuse.

6 - Remise en place et suture de la muqueuse décollée au septum, suture du septum à la sous-cloison.

7 - Contention, non par tamponnement, mais par des attelles métalliques intra-nasales.

Des obstacles peuvent gêner la remise en rectitude de l'arête dorsale cartilagineuse (les os propres étant supposés en position normale). MALINIAC les corrige au fur et à mesure de l'intervention.

Une asymétrie des cartilages triangulaires, surtout dans les traumatismes anciens datant de l'enfance, gênera la reposition. On résèque alors, le long du bord interne, une petite bande du cartilage triangulaire hypertrophié. Ce fragment pourra être greffé sur le cartilage opposé si celui-ci est nettement atrophié.

Le bord antéro-supérieur du cartilage septal peut être incurvé, par suite d'une courbure du cartilage dévié. MALINIAC pratique alors de fines résections verticales cartilagineuses centrées sur la courbure, et des incisions à directions multiples. Cet hachurage permet d'assouplir le cartilage, tout en respectant la muqueuse opposée. Mais dans certains cas, traumatiques en particulier, cet hachurage ne suffit pas ; la rétraction cicatricielle post-traumatique de la muqueuse non décollée contribue au maintien de la courbure septale. On fait, alors, une incision muqueuse de décharge le long du plancher de la fosse nasale ; une greffe libre comblera la perte de substance muqueuse ainsi créée.

Enfin, lorsque l'arête dorsale est remise en rectitude, le résultat esthétique peut, s'il y a lieu, être parfait par un hachurage des cartilages triangulaires déformés, une excision d'un fragment du cartilage alaire hypertrophié en cas d'asymétrie narinai-

re.

Ainsi, comme SELTZER, MALINIAC libère le segment septal dévié sur ses quatre bords, et conserve l'adhérence d'une muqueuse au cartilage reposé. Comme à SELTZER, on peut lui reprocher de ne pas remettre en état la gouttière osseuse, de ne pas décoller préventivement la muqueuse opposée au niveau de l'angulation.

Les principales innovations sont le hachurage du cartilage septal et la correction des déformations associées des cartilages triangulaires et alaires.

Les techniques de KAYSER (1946) et de COHEN (1947) sont sensiblement identiques à celle de MALINIAC.

D - Technique de GOLDMAN - 1952.

Cette méthode de reposition peut être pratiquée isolément ou au cours d'une rhinoplastie. Elle se décompose ainsi.

1 - Incision vestibulaire postérieure limitée au quart inférieur de son segment vertical et faite du côté droit, le plus près possible du cartilage septal. Si la columelle paraît élargie, à partir de cette incision, le tissu fibreux inter-columellaire est réséqué aux ciseaux. Puis, un système de fils tracteurs trans-columellaires est mis en place et saisi dans une pince.

Ce système permet à l'aide de récliner la sous-cloison au fur et à mesure que l'opérateur complète l'incision initiale au bistouri boutonné jusqu'à ce que soit réalisée l'incision transfixiante habituelle.

2 - Libération du bord antéro-inférieur du cartilage septal.

A ce moment les fils sont noués et la columelle est ainsi amincie. Le bord antéro-inférieur du cartilage apparaît recouvert de tissu conjonctif plus ou moins dense qu'il faut réséquer, afin de bien voir le cartilage lui-même et ses deux muqueuses.

On décolle celles-ci légèrement, et sur chacune d'elles on place deux points en U, l'un en haut, l'autre en bas ; ces fils serviront de tracteurs.

3 - Décollement sous-muqueux.

Tandis que l'aide récline progressivement grâce à ces fils, l'opérateur pousse son décollement, de chaque côté du cartilage, aussi largement qu'il le faut pour obtenir un jour excellent sur la déformation septale.

4 - Correction de la déformation septale.

Sur le flanc gauche du cartilage, une première incision verticale distante de 6 à 9 mm. du bord antéro-inférieur et parallèle à lui, est pratiquée ; sa hauteur varie avec l'importance de la déformation, et peut aller du bord dorsal à l'épine nasale ; à son extrémité inférieure, l'incision se recourbe en avant le long de l'épine nasale jusqu'à l'extrémité inférieure de l'incision transfixiante. Un premier segment cartilagineux est ainsi délimité.

Une deuxième incision parallèle à la première et à 6 mm. en arrière, est tracée du bord antéro-supérieur à la crête maxillo-vomérienne. A son extrémité inférieure, elle se recourbe en avant comme la première. Un deuxième segment cartilagineux est ainsi délimité. Ces deux segments cartilagineux ne conservant plus que leurs attaches supérieures peuvent alors être mobilisés et reposés sur la ligne médiane. Au préalable, on s'assurera de la rectitude du deuxième segment : s'il est déformé, on le corrige par une hachurage ou une résection partielle, mais à sa partie basse seulement, car la partie haute adjacente aux cartilages triangulaires doit être respectée afin de prévenir un ensellement. Et si l'un ou l'autre des segments est épaissi, le cartilage est aminci par résection au bistouri de fines tranches sagittales.

5 - Correction de la cloison postérieure.

A l'aide d'un spéculum de KILIAN, dont les valves sont introduites entre les deux feuillets muqueux en arrière du deuxième segment, la portion restante du cartilage septal et la cloison osseuse sont soigneusement examinés et corrigés au besoin (résection ou réalignement). Il faut souvent réséquer une portion du cartilage en arrière du deuxième segment pour prévenir le chevauchement des différents fragments conservés, lors de leur reposition.

6 - Correction de l'épine nasale et de la crête maxillo-vomérienne.

Une déformation de l'épine ou de la crête peut empêcher l'extrémité inférieure des deux segments cartilagineux de rester spontanément sur la ligne médiane. Il faut corriger cette déformation, soit par fracture le long du plancher, soit par résection, soit par dislocation, selon les cas. Sinon, l'extrémité antéro-inférieure du cartilage risque de consolider en mauvaise position, ce qui entraînerait une déformation septale secondaire.

7 - Remise en place des feuillets muqueux.

Tandis que l'aide tire bien en avant sur les fils tracteurs des deux feuillets, l'opérateur, avec deux aiguilles droites serties de calgut chromé 000, fait deux points en U à travers les deux muqueuses et le premier segment cartilagineux : l'un en haut et l'autre en bas près du plancher. Avant de les nouer, on s'assure encore que le cartilage est bien rectiligne et vient bien en place ; au besoin une dernière incision, horizontale ou oblique du cartilage viendra à bout d'une courbure septale rebelle. Enfin, on égalise la longueur des deux muqueuses ; l'excès muqueux est enlevé, afin d'éviter la formation de rides muqueuses ; lorsque la muqueuse est trop tendue d'un côté, une incision horizontale

le long du pied de la cloison supprimera cette traction. La zone septale, ainsi dénudée, sera recouverte par une greffe de muqueuse nasale provenant de l'excès enlevé et qui prend toujours bien.

8 - Suture du septum à la sous-cloison.

De chaque côté, la muqueuse est réunie à la peau vestibulaire par 3 ou 4 points de soie fine. Et pour terminer, on fait un léger tamponnement vaseliné dans chaque fosse nasale.

A cette technique, qui, pour GOLDMAN, donne d'excellents résultats, nous ferons les objections suivantes :

- Le décollement muco-périchondral bilatéral.

Il ne semble pas systématiquement nécessaire pour que la partie de la cloison, située en arrière du deuxième segment, soit visible. De plus, il fait courir un risque à la vascularisation du cartilage conservé.

- La création systématique de deux fragments et le siège fixe des deux incisions cartilagineuses. Elles sont parfois superflues et surtout ne s'adaptent pas à la diversité des différentes déformations.

- Le peu d'importance attaché au respect de la partie dorsale du cartilage septal.

La méthode de GOLDMAN est, donc, plus une transposition de segments cartilagineux qu'une reposition vraie.

Telles sont les techniques de reposition les plus marquantes.

Leurs nombreux avantages sur les méthodes de résection suivie de réimplantation cartilagineuse inclinèrent les rhinologistes à penser que la reposition de la cloison était la méthode de choix dans la correction des déformations septales antérieures avec déformation externe du nez.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

-:-:-:-:-

-:-:-

- C H A P I T R E I I I -

=====

TECHNIQUE PERSONNELLE DE REPOSITION AVEC HARMONISATION DE

LA CLOISON ET SES VARIANTES (M. AUBRY)

La technique de reposition employée par notre Maître, Monsieur le Professeur M. AUBRY, a été exposée en 1946, puis dans les thèses de P. GRAVOT (Paris 1949) et F. PAIN (Paris 1959).

Après avoir rappelé ses principes essentiels, nous détaillerons les différents temps de l'intervention, puis nous verrons ses variantes, avec les récents perfectionnements apportés par le Docteur JOST aux différents temps.

-/- PRINCIPES DE LA TECHNIQUE

Elle consiste à corriger, en une seule et même séance opératoire, la déformation externe et l'obstacle respiratoire, tout en conservant la totalité du segment septal dévié qui est reposé dans la plan médian.

Le décollement sous-muqueux est, en règle, unilatéral et se fait du côté convexe de la déformation : le but de ce procédé est d'assurer une bonne vascularisation au segment cartilagineux mobilisé par l'autre muqueuse qui est respectée. En fait, un décollement partiel du côté opposé, ne compromettant pas la vascularisation du cartilage, est souvent pratiqué pour faciliter la mobilisation.

Le segment septal dévié doit être complètement libéré sur ses quatre bords, de façon à se laisser mobiliser aisément et à se maintenir spontanément en bonne position ; les sutures terminales n'ont qu'un rôle de contention.

Au besoin, le cartilage est aminci, aplani, égalisé, "harmonisé" dans son nouveau cadre.

La gouttière osseuse est remise en état, chaque fois qu'il le faut, pour assurer une contention stable au cartilage reposé.

Il faut souligner que cette technique ne peut être stéréotypée pour tous les cas. Certes, elle est souvent applicable presque intégralement. En fait, l'atout majeur, pour obtenir un résultat parfait, est son adaptation aux problèmes particuliers, surtout esthétiques, de chaque déformation septale.

Conservatrice au maximum, elle vise à rendre au nez "sa fonction et sa grâce". C'est en ce sens que GRAVOT l'a appelée "chirurgie septale rhinoplastique par reposition", et que nous l'envisagerons comme une véritable rhinoplastie cartilagineuse de la cloison.

-/- PREPARATION A L'INTERVENTION

A - Le matériel utilisé comprend à la fois des instruments de chirurgie septale et de rhinoplastie :

Miroir de clar ; spéculums de Palmer, de Hautant, de Killian ; écarteurs de Dufourmantel, de Moulonguet ; "crochets" ; bistouri américain type Bard-Parker ; décolleur et petite rugine de Joseph ; système de gouges ; scies de Lindman ; ciseaux de Still et petits ciseaux courbés sur le plat à bouts arrondis ; pinces de Luc et de Gillies ; râpes ; aspiration à bout non traumatisant.

Cette liste, incomplète du reste, peut être modifiée selon les habitudes de l'opérateur et les besoins particuliers à chaque

intervention.

B - L'asepsie, bien que difficilement parfaite, doit cependant être recherchée au maximum : section des vibrisses, détersion cutanée et muqueuse avec du Céquartyl et du Cétavlon, ou tout autre produit à base d'ammonium quaternaire.

C - L'anesthésie est essentiellement locale.

- Cependant le malade doit être préparé par une anesthésie de base. La prémédication est réalisée par l'administration, la veille au soir, de barbituriques, et le matin de l'intervention, une heure avant, par l'association Phénergan - Dolosal - Atropine à doses variables selon les malades.

- De plus, on installera aussitôt le malade couché en décubitus dorsal sur la table d'opération, un goutte à goutte intra-veineux d'un mélange de Diparcol - Dolosal additionné de 20 cc. de Novocaïne non adrénalinée dans un flacon de 300 cc. de sérum glucosé. On commencera à la faire passer 15 à 20 minutes avant le début de l'intervention, à débit variable selon chaque malade. Cette perfusion permet de plonger le malade dans un état "crépusculaire" qui ne doit cependant pas être trop profond, afin d'éviter les dangers graves des chutes de sang dans les voies respiratoires.

- L'anesthésie locale se fait par contact et par injection. Après avoir laissé, pendant quelques instants, au contact de la cloison et des cornets inférieurs et moyens, des mèches imbibées de Xylocaïne à 5 %₀ on commence l'anesthésie par injection. On utilise de la Novocaïne ou de la Xylocaïne à 0,5 ou 1 %₀, additionnée d'Adrénaline (deux gouttes par cc. de solution) et une seringue munie d'une aiguille fine du type dentaire. L'infiltration doit se faire dans le plan sous-muqueux, et non dans le plan intra-muqueux. L'aiguille enfoncée, biseau parallèle à la cloison, doit être au contact du cartilage pour que l'infiltration, faite progressivement, décolle en bloc la muqueuse qui doit blanchir peu à peu. L'infiltration est faite des deux côtés, du côté de la convexité de la déformation d'abord ;

l'idéal est de la réaliser entièrement avec le minimum de piqures ; afin de ne pas traumatiser la muqueuse. Elle sera bien poussée vers le bas au niveau de la région où commencera l'incision transfixiante, et vers le haut pour rendre indolore le décollement sous cutané de l'arête nasale. Bien faite, cette infiltration, outre son premier rôle anesthésique, permet l'amorce du décollement sous-muqueux, en particulier au niveau de l'angulation septale, et limite le saignement per-opératoire.

Puis on anesthésie les téguments de la columelle, de la pointe et de l'arête nasale et des vestibules.

Signalons l'intérêt, dans l'examen pré-opératoire du malade, de l'interroger sur sa sensibilité à la Xylocaïne ou à la Novocaïne.

- L'anesthésie générale est exceptionnellement nécessaire, en chirurgie septale pure, chez l'adulte. Dans ce cas l'infiltration sous-muqueuse avec du sérum physiologique adrénaliné s'avère très utile.

La technique de l'hypotension contrôlée, pratiquée par un anesthésiste compétent, serait ici le procédé idéal.

**

- A - REPOSITION AVEC HARMONISATION DE LA CLOISON

**

- PREMIER TEMPS : Incision transfixiante

C'est l'incision habituelle qui libère le bord antéro-inférieur du cartilage de ses attaches à la sous-cloison.

Elle se fait toujours au même endroit : au ras du cartilage septal. De bas en haut, d'un seul coup, avec un bistouri à lame fine, l'opérateur incise la peau vestibulaire des deux côtés et le tissu fibreux inter-septo-columellaire. Tandis que l'aide protège l'aile du nez opposée en la réclinant en haut et en arrière avec un écarteur, l'opérateur récline en avant la sous-cloison à l'aide d'une pince de Gillies au fur et à mesure que le bistouri progresse vers

le haut. En bas cette incision est plus prolongée du côté convexe de l'angulation, afin d'avoir une meilleure vue de ce côté après le décollement ; au niveau de l'épine, la libération se fait de préférence aux ciseaux droits et fins. En haut, l'incision doit atteindre l'angle antéro-supérieur du cartilage, tout en évitant d'être trop poussée en avant vers la pointe.

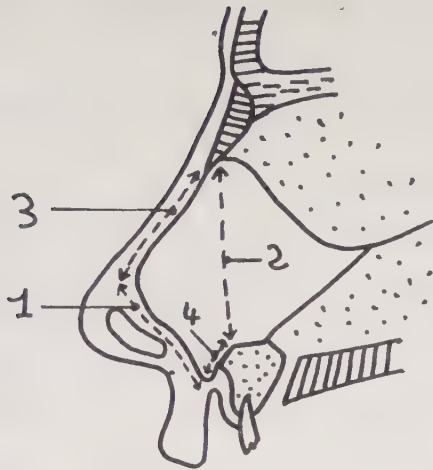
L'incision transfixiante est complétée, de chaque côté, par une ébauche d'incision vestibulaire postérieure (inter-cartilagineuse) qui tend à séparer l'extrémité interne des crus latérales de la partie sus-jacente de la pointe des cartilages triangulaires. Elle permet le décollement sous-cutané de l'arête nasale cartilagineuse aux ciseaux courbes et légèrement aplatis.

- DEUXIEME TEMPS : Décollement sous-muqueux

Il se fait essentiellement d'un seul côté, en règle générale du côté convexe de la déformation. L'excision des restes de tractus fibreux qui masquent le bord antéro-inférieur du cartilage facilite la découverte du bon plan de clivage ; elle peut se faire soit aux ciseaux droits et fins, soit plus rapidement par ablation au bistouri d'une fine lamelle de cartilage, mettant d'un seul coup en évidence le cartilage et ses deux feuilletts muqueux ; on peut amorcer le clivage avec la pointe du bistouri. Le décollement est commencé à la rugine et poursuivi soit avec la même rugine, soit avec un décolleur mousse, selon l'adhérence de la muqueuse du cartilage. Il doit atteindre les bords supérieur et inférieur du cartilage ; en arrière il doit, si possible dépasser l'angulation, mais à ce niveau il faut savoir changer de tactique selon le degré et le siège de l'angulation, l'adhérence et la fragilité de la muqueuse.

Ce décollement unilatéral total peut être complété par un décollement contro-latéral partiel, limité à une mince bande située le long du bord antéro-inférieur du septum et de la face latérale de l'épine. Ceci facilite la mobilisation du segment septal dévié, en particulier dans les luxations nettes du bord antéro-inférieure sur la columelle.

REPOSITION



1-TRANSFIXIANTE.

2-SECTION AU NIVEAU DE
LA CRÊTE ANGULAIRE.

3-SÉPARATION DES
CARTILAGES TRIANGULAIRES.

4-DÉSARTICULATION DU
BLOC INCISIF.

TRANSFIXIANTE



DÉCOLLEMENT

- TROISIEME TEMPS : Libération postérieure du segment septal dévié

Ce temps peut être délicat. Le concours d'un assistant est nécessaire pour récliner et protéger le feuillet muqueux décollé.

Nous envisagerons schématiquement trois tactiques.

1 - Angulation proche de l'incision transfixiante : Libération par voie sous-muqueuse.

Il faut toujours circonscrire au maximum l'angulation septale en poussant le décollement sous-muqueux en haut et en bas.

- Si la crête angulaire est peu aiguë, à l'aide d'un bistouri à lame fine, le cartilage est sectionné de haut en bas, sur toute la hauteur de l'angulation, à 1 - 2 mm. en avant de la crête ; toujours en veillant à ne pas léser la muqueuse opposée. Puis par cette incision on décolle, avec une petite rugine ou un décolleur mousse, la muqueuse opposée sur 2 - 3 mm. et de haut en bas ; de façon à obtenir une mince bande cartilagineuse décollée, sur ses deux côtés, sur toute la hauteur de l'angulation. Cette manoeuvre est un temps très important ; elle doit être prudente ; l'opérateur peut s'aider d'une spatule pour écarter légèrement la portion antérieure du cartilage, tandis qu'avec la petite rugine il effectue le clivage. Ensuite une deuxième incision cartilagineuse parallèle à la première et pratiquée, si possible, à 1 - 2 mm. en arrière de la crête, sinon sur la crête même, achève de délimiter le segment cartilagineux portant l'angulation.

Il suffit alors de le libérer aux ciseaux en haut et en bas, avec prudence ; ce qui est aisé si le décollement sous-muqueux a été bien fait. L'ablation de l'angulation ne comporte alors guère de difficultés. Ainsi faite, cette excision ne lèse nullement la muqueuse opposée, c'est dire l'importance de son décollement préalable et permet de conserver pratiquement tout le cartilage septal.

- Si la crête angulaire est aiguë, il faut faire un examen comparatif : il montre souvent qu'il s'agit d'un épaississement

cartilagineux localisé. Après avoir insinué prudemment la pointe d'un bistouri au-dessus ou au-dessous de l'angulation, on pratique à sa base même, une section du cartilage tangentielle au plan sagittal de la cloison tout en surveillant la muqueuse opposée. Puis, avec précaution, on libère cette petite bande cartilagineuse portant l'angulation de son revêtement muqueux, et on la conserve dans du sérum physiologique sur la table d'instruments. Souvent du premier coup l'incision passe juste au ras de la muqueuse opposée ; il faut alors la prolonger en haut et en bas, de façon à libérer parfaitement le bord postérieur. Parfois il persiste une mince lame de cartilage ; il suffit alors d'inciser à ce niveau le cartilage verticalement de haut en bas sur toute sa hauteur.

2 - Angulation profonde, loin de l'incision transfixiante, d'abord difficile et dangereux par voie sous-muqueuse : la libération se fait par voie directe extra-muqueuse.

Lorsqu'en début d'intervention on a envisagé cette éventualité, d'ailleurs rare, le décollement, tel qu'il est habituellement fait au deuxième temps, n'est pas entièrement nécessaire. L'angulation est abordée directement par la fosse nasale. On pratique une première incision juste en avant de la crête, à travers la muqueuse et le cartilage non décollés, en veillant à ne pas léser la muqueuse opposée. Puis on décolle, par cette incision, la muqueuse du côté opposé sur 2-3 mm. et sur toute la hauteur de l'incision. Enfin, une deuxième incision parallèle à la première est pratiquée juste en arrière de l'angulation. On peut alors enlever l'angulation septale en bloc comprenant cartilage et muqueuse. Il importe donc de respecter la muqueuse opposée.

3 - Libération incomplète du bord postérieur.

Chaque fois que cela est possible, l'expérience montre qu'il y a intérêt à libérer incomplètement le bord postérieur au voisinage de l'arête nasale. Au niveau de l'extrémité supérieure de l'angulation, on respecte une petite bande cartilagineuse de 3-4 mm. Cette bande assure au segment mobilisé une solidarité suffisante avec la partie juxta-osseuse de la cloison pour éviter le risque fréquent d'un léger "coup de hache" disgracieux de l'arête à l'extrémité inférieure des os propres. Et elle ne gêne nullement la mobilisation : la cloison libérée par ailleurs sur toute sa périphérie, pivote aisément autour de son angle postéro-supérieur.

Après avoir ainsi libéré le bord postérieur, il faut vérifier la portion postérieure de la cloison. L'existence d'une déformation à ce niveau est alors facilement décelable avec un éclairage au miroir de Clar.

- QUATRIEME TEMPS : Libération du bord antéro-supérieur

Ce temps consiste à libérer l'arête dorsale cartilagineuse de ses attaches avec le bord interne des cartilages triangulaires, eux-mêmes libérés de leurs connexions cutanées au premier temps.

Du côté non décollé, aux ciseaux droits et fins, on sectionne en bloc la muqueuse et le cartilage triangulaire. Du côté du décollement sous-muqueux, on récline le feuillet muqueux et on ne sectionne que le cartilage triangulaire. Cette section se fait à 1 - 2 mm. du bord dorsal du cartilage septal, jusqu'à l'extrémité inférieure des os propres. Il importe de la faire sous le contrôle de la vue : les téguments du dos du nez et la pointe sont réclinés en haut et en arrière, à l'aide d'un écarteur introduit par l'incision vestibulaire.

Parfois le nez cartilagineux est très asymétrique du fait de l'élargissement d'un cartilage triangulaire, en particulier dans les déviations septales traumatiques datant de l'enfance. Pour rétablir la symétrie et pouvoir ramener l'arête dorsale sur la ligne médiane, il faut alors réséquer une petite bande du cartilage hypertrophié le long de son bord interne. Cette résection sera très mesurée, quitte à la compléter en fin d'intervention si nécessaire. Le fragment prélevé sera conservé sur la table dans le sérum.

Certains auteurs laissent en continuité les deux cartilages triangulaires et sectionnent le cartilage septal le long de l'arête dorsale à 1 - 2 mm. d'elle. Pour cela le décollement sous-cutané n'est pas nécessaire, mais il faut, préalablement, faire un décollement sous-muqueux partiel du côté opposé le long de l'arête. Ce procédé ne nous paraît pas exempt d'inconvénients quant au résultat esthétique, en cas d'asymétrie des cartilages triangulaires.

- CINQUIEME TEMPS : Libération du bord postéro-inférieur

Il faut avoir une vue nette sur l'articulation du cartilage avec le bloc incisif, et pour cela, pousser le décollement sous-muqueux vers le plancher de la fosse nasale. Cette manoeuvre peut être rendue délicate par l'adhérence fréquente de la muqueuse à ce niveau ; nous envisagerons les trois éventualités les plus courantes.

1 - Il n'y a pas de luxation chondro-osseuse

Tandis que l'aide récline le feuillet muqueux décollé, l'opérateur sépare, avec une petite rugine ou la pointe d'un bistouri, le cartilage dévié du bloc incisif, d'arrière en avant jusqu'à l'épine nasale. La muqueuse opposée est rigoureusement respectée. Cette simple disjonction est suffisante ici.

2 - Il y a luxation chondro-osseuse : éventualité fréquente dans les cas traumatiques. La disjonction seule ne suffit plus.

En effet, la gouttière osseuse déshabillée s'est comblée de tissu fibreux qu'il faut enlever soigneusement et prudemment, car il adhère souvent aux deux muqueuses cicatricielles. Puis il faut recreuser, au besoin, la gouttière avec une petite gouge fine. Ce temps est fondamental : il permet d'assurer la stabilité du cartilage reposé en bonne position, et surtout évite sa luxation secondaire.

Le bord postéro-inférieur peut être luxé sans que l'arête nasale soit déprimée, en particulier dans certaines luxations congénitales. La résection d'une petite bande de cartilage le long de ce bord facilite la reposition et évite la déformation de l'arête nasale.

3 - Il y a non seulement luxation, mais épaissement de la suture chondro-osseuse sous forme de crête.

Si seul le bord postéro-inférieur du cartilage est épaissi, on l'abrase d'abord au bistouri par une coupe tangentielle au

septum sur toute la longueur de la crête. Puis, comme précédemment, le cartilage est libéré du bloc incisif et son bord inférieur aminci et régularisé ; la gouttière osseuse est ; elle aussi, remise en état.

Souvent, la crête est à la fois cartilagineuse et osseuse. "Le bord du cartilage est épaissi en une crête allongée qui s'appuie en porte à faux sur une lèvre hypertrophiée de la gouttière osseuse" (PAIN). Cette crête est abrasée au bistouri dans sa portion cartilagineuse, et à la gouge dans sa portion osseuse. Dans ce cas, il est particulièrement important de remettre en état la gouttière osseuse.

- SIXIEME TEMPS : Remise en place et harmonisation du cartilage libéré.

Après avoir été ainsi libéré sur la totalité de son pourtour, le segment septal dévié peut être mobilisé en bloc. Il conserve toujours son adhérence à la muqueuse non décollée, et soigneusement respectée au cours des temps précédents. Le feuillet décollé doit, lui aussi d'ailleurs être respecté au maximum.

S'il est besoin, on régularise l'épaisseur du cartilage par des coupes tangentielles au septum au niveau des zones épaissies. Il faut encore vérifier la rectitude de l'arête dorsale cartilagineuse, et la symétrie des cartilages triangulaires ; si besoin la rétablir par une nouvelle résection du cartilage hypertrophié. Il faut aussi contrôler la stabilité de la cloison dans la gouttière osseuse, l'alignement du bord antéro-inférieur sur la columelle et la symétrie des orifices nasaires. Si le cartilage septal est trop long et risque d'abaisser la pointe, on résèque aux ciseaux droits, le long du bord antéro-inférieur, une petite bande cartilagineuse triangulaire à base supérieure ; on ajustera ensuite les deux muqueuses ; et il y aura intérêt, lors des sutures, à faire un point transfixiant au catgut en regard de la pointe. Si l'épine nasale est trop volumineuse, risquant de compromettre la stabilité de l'angle antéro-inférieur de

SECTION POSTÉRIEURE



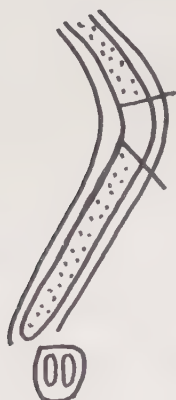
CRÊTE MOUSSE



CRÊTE AIGUE

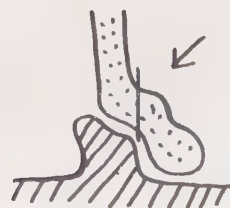


CRÊTE PROFONDE



FRACTURE

SECTIONS



LUXATION

DÉVIATION OSTÉO-CARTILAGINEUSE

la cloison, il faut l'abriter.

Une fois assurée l'harmonie des nouveaux rapports du cartilage remis en position médiane et sagittale, on vérifie que chaque bord reste bien à sa place ; à ce stade de l'intervention, la cloison doit déjà se maintenir en bonne position spontanément ou presque. Enfin, la perméabilité des fosses nasales sera soigneusement contrôlée.

- SEPTIEME TEMPS : Hachurage du cartilage libéré

En effet, le cartilage correctement reposé peut encore être gondolé ; il faut l'assouplir par un hachurage, de façon à le rendre plan de haut en bas et d'avant en arrière. Ce temps, souvent facultatif ; est essentiel dans les déformations en verre de montre ou en cylindre.

Sur la face convexe du cartilage, on pratique au bistouri des incisions plus ou moins nombreuses, verticales ou horizontales, ou les deux à la fois. Ce quadrillage permet de "briser les ressorts qui, après reposition de la cloison, tendraient à reproduire la déformation" (AUBRY). Pour que le résultat de ce croisillonage cartilagineux soit obtenu sans avoir à multiplier les incisions, au lieu de les tracer de façon continue de haut en bas (ou d'arrière en avant) de la cloison, il est "plus rentable" de commencer les unes près d'un bord, les autres près d'un autre, et les arrêter sur la partie centrale de la zone convexe (JOST). L'effet des incisions sera ainsi maximum à ce niveau.

Lorsque ces simples incisions ne suffisent pas, on peut faire de fines excisions cunéiformes du cartilage centrées sur les parties qui tendent le plus à faire ressort. Ces excisions, de sens variable, seront faites prudemment de façon à ne pas lèser la muqueuse opposée.

- HUITIEME TEMPS : Sutures

Le plus souvent, les sutures sont seulement septo-columellaires. Elles sont généralement simples.

"La suture en deux plans paraît superflue ; deux points séparés en U, l'un à la partie haute, l'autre à la partie basse de l'incision transfixiante, sont en règle suffisants" (AUBRY).

Une aiguille droite sertie de lin ou de catgut fin chromé transfixie la sous-cloison en masse en partant du côté du décollement ; au retour elle transfixie les deux muqueuses et le cartilage de la cloison près du bord antéro-inférieur. Ces points sont faits de telle façon, qu'une fois les fils noués, le cartilage tende à s'encastrier entre les deux crus mésiales.

"Parfois, avant de placer ces points, il y a intérêt à faire un point de suture correcteur" (AUBRY) ; en particulier lorsque la déviation du bord antéro-inférieur était importante et que, de ce fait, malgré la libération parfaite du segment septal dévié, la traction exercée par la muqueuse opposée tend encore à reproduire la déformation. (Ceci justifie l'intérêt du décollement sous-muqueux partiel à ce niveau, préconisé par JOST). Une aiguille droite sertie de catgut pénètre à travers le tissu sous-cutané de la base de la columelle, du côté opposé à la déviation septale ; puis elle traverse le cartilage septal seulement au niveau de son angle inférieur, et ressort juste au contact du point d'entrée. Les deux bouts de fil sont noués plus ou moins fort selon le degré de traction contraire que l'on veut obtenir. C'est le point d'AUFRIEDT, mais à action inversée.

D'autres auteurs font systématiquement une suture septo-columellaire en trois points. Un léger clivage est pratiqué entre les extrémités inférieures des crus mésiales, qui permet d'y reposer l'angle inférieur du cartilage septal, en le guidant, au besoin, par un fil passé en U à travers la base de la sous-cloison. Le point inférieur est toujours transfixiant, fait au catgut ; il fixe l'angle septal à l'extrémité inférieure des crus mésiales. Les deux autres points sont simplement cutanéomuqueux ou également transfixiants.

Ces deux types de sutures ont l'inconvénient de fixer un élément immobile, la cloison, à un élément mobile, la columelle. D'où la nécessité, parfois, d'artifices plus ou moins efficaces à longue

échéance et dont le retentissement sur l'angle naso-labial peut être déplorable. Aussi, le Docteur JOST a-t-il mis au point un artifice de technique aussi simple qu'efficace du point de vue septal, et sans risques du point de vue esthétique.

L'anesthésie locale est complétée, à ce moment de l'intervention, par une infiltration du frein de la lèvre supérieure et des tissus adjacents ; l'aiguille étant enfoncée jusqu'à l'os. Une aiguille droite, à extrémité légèrement recourbée et sertie de catgut, pénètre la muqueuse du sillon gingivo-labial dans le frein où l'on aura fait une fine incision avec la pointe du bistouri. Rasant l'os, elle est dirigée de façon à sortir dans le plancher de la fosse nasale au contact de l'angle inférieur de la cloison. Puis dirigée transversalement, elle traverse le cartilage seulement au niveau de l'angle. On la fait ressortir par l'orifice d'entrée. En serrant le noeud de catgut, il s'enfouit "de lui-même" et va encercler l'épine nasale. Ce point assure ainsi la stabilité du cartilage reposé en le fixant à un élément immobile osseux, sans risque de déformation de l'angle naso-labial. Dès lors, deux points cutanéomuqueux, faits de chaque côté avec une aiguille courbe sertie de lin, achèvent la suture septo-columellaire, et finissent d'enfouir le catgut "nasal". Cette technique permet, le cas échéant, de faire jouer un rôle cosmétique aux deux derniers points en les plaçant au gré de l'opérateur pour relever ou abaisser la pointe.

N. B. - Il est exceptionnel d'avoir à suturer le bord postérieur du segment cartilagineux mobilisé au reste de la cloison : la solidité des deux parties de la cloison est maintenue, dans la technique décrite, par la muqueuse non décollée. Et il est toujours délicat de placer à ce niveau des points de catgut en U prenant alors en bloc les deux muqueuses et le cartilage.

- NEUVIEME TEMPS : Contention de la cloison reposée

Le cartilage reposé et suturé doit se maintenir spontanément en bonne position. Cependant, il faut y veiller pendant la cicatrisation par une contention interne et externe.

- Les systèmes de contention interne sont nombreux. Le moulage des fosses nasales par de la pâte de Stents est de moins en moins utilisé ; de même que le tamponnement avec de la mèche grasse enroulée autour d'un tube de polyvinyle, permettant une certaine respiration nasale. Quelques uns utilisent deux doigtiers de caoutchouc enduits d'huile goménolée et modérément bourrés de mèches.

Nous nous contentons, en règle, d'un méchage léger avec de la mèche de 1 cm. imbibée d'huile goménolée. Le méchage est fait de façon **asymétrique** : plus important du côté du décollement, en regard de l'union du segment mobilisé avec le reste de la cloison ; léger de l'autre côté, en regard du bord antéro-inférieur. En aucun cas il ne doit modifier la silhouette du nez cartilagineux, la pointe en particulier.

D'autres, pour éviter cette obstruction nasale temporaire, placent, de chaque côté de la cloison, un film radio taillé de façon à contenir suffisamment les deux parties septales et à pouvoir être retiré aisément. Ils sont réunis par des points transfixiants. On peut encore les réunir en avant par une petite pièce métallique "en forme de trombone" précroisant la columelle. La fixation profonde est assurée par un tamponnement bilatéral sur le plancher des fosses nasales, laissant libre le reste du trajet aérien. Ce procédé semble offrir moins de garanties lorsque l'intervention a également porté sur une grande partie de la cloison postérieure.

- Une contention externe est aussi le plus souvent nécessaire, en particulier dans les déviations importantes, ou dans les cas de décollement sous-cutané de l'arête. Nous n'insisterons pas sur la technique bien connue d'AUBRY.

Des bandes de leucoplast contiennent et modèlent les téguments. Puis la pyramide nasale est recouverte d'un dièdre en aluminium confectionné sur mesure et maintenu en place par des bandes de leucoplast entrecroisées, sans ou avec légère hypercorrection.

Le Docteur JOST utilise plus volontiers le plâtre. Dans un rouleau de bande plâtrée (Type Platrix) de 10 cm. de large, il

prélève trois morceaux de 10 cm. de long qu'il superpose. Après avoir taillé l'ensemble de façon à ce qu'il puisse prendre appui sur le front, modèle bien la racine du nez et englobe la pointe et la sous-cloison, il le trempe dans de l'eau légèrement tiède. Appliqué directement sur les téguments, au bout de quelques minutes on peut le modeler exactement. Une fine épaisseur supplémentaire consolide l'arête du plâtre avant dessiccation. Il suffit alors de la fixer au front et aux joues par du ruban adhésif. A ce moment-là, une demi-compresse, pliée en deux, est appliquée sur les orifices narinaires pour maintenir les mèches placées en dernier temps, et maintenue par du leucoplast.

- SUITES OPERATOIRES -

Des antibiotiques sont prescrits pendant 5 à 6 jours, pour prévenir toute infection cartilagineuse.

Un premier bilan local est fait au 4^{ème} ou 5^{ème} jour, portant sur la cloison et les téguments. S'il s'agit d'une reposition simple, les deux contentions peuvent, en règle, être enlevées au 5^{ème} jour ; les sutures le seront 3 à 4 jours plus tard. Si une rhinoplastie a été effectuée au cours de la même séance, après avoir soigneusement contrôlé l'état de la peau, la contention externe est remise en place pendant encore 4 à 5 jours ; la contention interne est maintenue pendant 7 à 8 jours ; les sutures, comme dans le premier cas sont enlevées vers le 8^{ème} jour.

Au 8^{ème} - 10^{ème} jour, un deuxième bilan permet d'apprécier le résultat fonctionnel et esthétique. La cicatrisation complète se fait, en règle, sans incident ; cependant le malade sera revu à nouveau quelques jours plus tard. En effet, à distance il peut arriver que le septum reprenne une légère ondulation ; elle est habituellement sans traduction fonctionnelle ou morphologique.

Le mérite de cette technique de chirurgie septale antérieure est d'être à la fois fonctionnelle, correctrice et restauratrice du nez, et conservatrice au maximum. Pour en obtenir les meilleurs

résultats, il faut savoir la modifier ou la compléter selon les problèmes particuliers de chaque cas. Au besoin, il faut savoir y renoncer au profit d'autres méthodes. S'acharner à toujours l'appliquer intégralement serait s'exposer à des déboires. Il est des cas où une chirurgie "à l'économie" avec décollement unilatéral seul, conservation partielle des connexions du cartilage, peut suffire. Il en est d'autres, au contraire, où une chirurgie importante s'impose : décollement sous-muqueux bilatéral, ablation du cartilage, remise en place de greffons. Entre ces deux extrêmes, plus rares en chirurgie septale pure, se situe la technique du Professeur M. AUBRY, qui reste la méthode la plus souvent satisfaisante.

** - B - CAS PARTICULIERS - VARIANTES OPERATOIRES **

Nous envisagerons, maintenant, différentes variantes et les procédés complémentaires de la reposition que peuvent nécessiter certains cas particuliers.

I - DEVIATION D'UN PETIT FRAGMENT SEPTAL ANTERIEUR

Lorsque la crête angulaire est très antérieure, presque horizontale, parallèle à la sous-cloison, le fragment septal dévié et luxé dans une narine est très petit. Situé dans un plan presque frontal, c'est un véritable "corps étranger intra-narinaire" (JOST).

Ici la technique habituelle de reposition de ce fragment ne donnerait pas de résultat valable. Aussi, après l'incision transfixiante fait-on un décollement sous-muqueux bilatéral jusqu'à l'angulation. Puis on libère le petit fragment de cartilage septal dévié, en haut, en arrière et en bas, et on le retire. Après avoir été remodelé, il est utilisé comme une greffe libre. A ce greffon, on assure un point d'appui sur l'épine nasale et entre les deux crus mésiales où on lui aménage une petite gouttière où il est guidé par deux points en U transcolumellaires. Avant de faire les sutures terminales, on réajuste la longueur des deux muqueuses.

Ce procédé est justifié dans ce cas particulier par l'absence de danger d'effondrement de l'arête, car le fragment dévié est trop court. Il suffit donc de conserver à la pointe un soutien suffisant, résultat obtenu par le greffon intra-columellaire.

II - DEFORMATIONS SEPTALES ANTERIEURES ET POSTERIEURES ASSOCIEES

La correction de ces déformations est effectuée dans la même séance opératoire par :

- en avant, la reposition de la cloison (ou à défaut une résection suivie d'une greffe).
- en arrière, par un procédé variable suivant le type des déformations.

S'il s'agit d'une courbure de grand rayon, on peut se contenter de pratiquer de petites fractures de proche en proche de la cloison osseuse avec un spéculum de Killian, une large spatule ou même une râpe. Cela suffit souvent à rétablir la rectitude septale.

S'il s'agit de reliefs aigus ou complexes, il est préférable de faire une résection limitée à la KILLIAN. On prolonge le décollement sous-muqueux vers l'arrière, des deux côtés, à partir de l'incision postérieure du cartilage. On fait alors la résection septale nécessaire. Lorsque cette résection porte sur le cartilage, elle n'aboutit pas obligatoirement à une perte de substance avec adossement des muqueuses à ce niveau. En effet, la reposition du segment antérieur ramène souvent en contact les deux parties de la cloison. Dans ce cas, elle contribue même au succès de la reposition, car la persistance d'une déviation postérieure peut être à l'origine de la reproduction d'une déviation septale antérieure (GRIGNON).

- Rhinoplastie osseuse associée. Dans ce cas, il y a intérêt à pratiquer l'ostéotomie latérale avant de faire la correction septale postérieure ; elle permet un abord plus facile de la déviation de la cloison osseuse. Si celle-ci siège sur la partie antérieure de la lame perpendiculaire, elle peut s'opposer, à la manière d'un

ressort, à la réduction de la déformation de la selle nasale. Nous avons vu que l'on peut briser ce ressort par voie endo-nasale, en fracturant la cloison le long de la face inférieure de l'auvent nasal osseux. Lorsque la rhinoplastie a nécessité une ostéotomie latérale, on peut utiliser un procédé différent pour rompre ce ressort septal supérieur. Avec un ciseau-burin étroit, enfoncé directement sur la racine du nez sans incision cutanée, on fracture prudemment la cloison sous-jacente (la racine étant constituée à ce stade de l'intervention par l'épine du frontal). Après quelques coups de marteau, la rupture du ressort est nettement perçue. La lame perpendiculaire se fracture à sa partie antérieure extrêmement mince, suivant un trait presque vertical. Ce procédé écarte tout danger de trait de refend vers la lame criblée qui est bien plus haute et postérieure. La brèche cutanée est minime et ne nécessite pas de suture.

S'il s'agit d'un déplacement latéral du pied du vomer, dans un déplacement en bloc de la cloison par exemple, l'épaisseur de l'os peut résister aux procédés habituels de fracture. Il faut alors le libérer de son attache maxillaire.

BECKER utilise la technique suivante : la muqueuse est incisée horizontalement, d'arrière en avant, au ras du plancher, sur toute la longueur de la déviation septale. Puis le vomer est libéré à sa jonction avec le maxillaire, à l'aide d'un ciseau droit. Il suffit alors de le déporter en bloc du côté opposé, avec un spéculum de Killian. A ce moment existe, sur le plancher de la fosse nasale primitivement obstruée, une zone osseuse dénudée. Pour éviter une rétraction secondaire, on placera à ce niveau, en fin d'intervention, une greffe muqueuse prélevée soit sur le cornet inférieur du côté opposé, soit sur la muqueuse buccale.

JOST utilise une technique un peu différente. Le décollement sous-muqueux est bien poussé vers le plancher et vers l'arrière sur toute la longueur de la déviation septale. Si le déplacement latéral du pied de la cloison est important, on pratiquera du côté opposé un décollement sous-muqueux partiel le long du plancher. Une scie coudée est glissée entre muqueuse et os, dans l'angle cloison -

plancher, et permet la libération du vomer. Ce procédé évite souvent d'avoir à faire une greffe muqueuse sur le plancher d'une fosse nasale, et est moins traumatisant.

III - DEFORMATIONS SEPTALES ANTERIEURES NON CORRIGEABLES

PAR LE PROCEDE HABITUEL DE REPOSITION AVEC HARMONISATION DE LA CLOISON

"Il est des cas où la reposition de la cloison peut ne pas donner tous les résultats qu'on en attend. C'est lorsque le segment septal dévié au lieu d'être plan ou presque plan, comme il l'est en général dans les déformations antérieures, présente une forte incurvation, une convexité marquée" (AUBRY). Nous avons vu ces déformations "d'origine mixte, congénitale et traumatique". Dans ces cas, la reposition de la cloison peut parfois corriger le dommage esthétique, mais le trouble fonctionnel persiste, car le segment septal remis en bonne position garde une forte convexité encore obstruante. Et le hachurage du cartilage n'arrive pas toujours, ici, à redresser cette convexité. Il faut alors savoir s'adresser aux procédés de résection combinée ou non à une réimplantation cartilagineuse. La tactique choisie variera avec les problèmes particuliers de chaque déformation.

Nous envisagerons, schématiquement, deux éventualités.

- a) - Résection partielle et reposition combinées : le segment septal déformé peut être reposé.

La libération du segment septal antérieur est possible sur ses quatre bords. On résèque la bande cartilagineuse portant l'angulation. Mais lorsque l'on remet en bonne position le segment septal mobilisé, le septum dessine encore une forte convexité au niveau de l'union des deux portions de la cloison. Il faut alors prolonger le décollement sous-muqueux en arrière et aussi en avant, sur les deux faces de la portion obstruante du cartilage ; ce décollement est limité au minimum nécessaire, surtout près de l'arête dorsale. Une résection en forme de pastille est pratiquée au centre de la convexité, respectant au niveau du bord dorsal une attelle cartilagineuse suffisante. Cette résection, toujours limitée, peut suffire à rétablir la

perméabilité nasale, que l'on vérifiera avant de faire les sutures. Au besoin, on combinera hachurage et résection partielle, ainsi que résection dans l'épaisseur.

- b) - Résection importante avec réimplantation d'une greffe : le segment septal déformé ne peut être reposé.

Il ne s'agit plus d'une courbure fortement marquée du cartilage, mais d'une déformation très irrégulière du segment septal antérieur. Ces déformations sont, en règle, la conséquence de traumatismes importants après pluri-fracture du cartilage, dont la structure après cicatrisation est profondément remaniée.

La résection cartilagineuse est, non pas systématiquement totale, mais faite à la demande des lésions, c'est-à-dire limitée aux fragments obstruants et impossibles à remettre en bonne position ; elle est toujours prudente au niveau du bord dorsal où, chaque fois que possible on conserve une attelle cartilagineuse. Le décollement sous-muqueux unilatéral est un principe de valeur incontestée, mais non un dogme. Ici l'importance de la chirurgie justifie le décollement bilatéral, seul capable de révéler l'état exact du squelette septal.

Après l'incision transfixiante habituelle, on décolle prudemment les deux muqueuses. Ce temps est souvent rendu difficile par les adhérences des muqueuses au cartilage, et entre elles. En effet, à mesure que progresse le décollement on constate que le septum est morcelé en différents fragments irréguliers, de taille variable, bien isolés ou en chevauchement ou en décalage, réunis entre eux et aux muqueuses par du tissu fibreux dense. Parfois il forme encore un bloc assez homogène quoique irrégulier, dans ce cas, on le retire en entier après l'avoir parfaitement isolé. Sinon, il faut isoler et retirer un à un les différents fragments. Ensuite, on vérifie l'état de la gouttière osseuse, on régularise les muqueuses de façon à préparer le lit de la greffe cartilagineuse.

Si les fragments retirés et conservés dans la cupule de sérum physiologique peuvent être utilisés, ils sont taillés, amincis,

égalisés, transformés en greffons. On peut être amené à utiliser un greffon cartilagineux costal ou hétérogène.

Lorsque l'arête dorsale cartilagineuse a pu être conservée, c'est surtout dans la région antéro-inférieure de la cloison qu'il faut réimplanter un greffon soit unique, soit multiple. Si on a dû la sacrifier, il est essentiel d'assurer au nez cartilagineux un soutien suffisant au niveau de l'arête dorsale et du bord antéro-inférieur de la cloison.

Dans ces conditions, chaque cloison pose des problèmes particuliers dont la solution doit s'inspirer des techniques de greffes que nous avons déjà décrites.

IV - DEFORMATIONS SEPTALES ANTERIEURES DEJA OPEREES PAR UNE RESECTIONS A LA KILLIAN

La correction des déformations septales antérieures avec déformation externe du nez cartilagineux par le procédé de KILLIAN aboutit à un double échec, fonctionnel et esthétique. Avant d'envisager la réintervention, il importe de faire un bilan précis des troubles post-opératoires.

Si au cours de la résection, l'opérateur a respecté les deux attelles cartilagineuses de soutien, la déformation externe du nez reste identique, puisque l'attelle dorsale maintient la déviation de l'arête nasale. Le trouble fonctionnel n'est que partiellement amélioré, puisque l'attelle antéro-inférieure obstrue toujours un des vestibules. On se trouve donc devant un nez déformé et encore obstrué.

Si, contraint par l'importance de la déviation, l'opérateur a sacrifié les attelles de soutien pour assurer le résultat fonctionnel, les troubles secondaires sont encore plus graves. Ensilure de l'arête cartilagineuse, abaissement de la pointe sont le prix de l'amélioration fonctionnelle. Dans l'immédiat, certes le nez retrouve sa rectitude et sa perméabilité, mais son tassement secondaire va compromettre sérieusement ces résultats passagers. On se trouve

donc devant un nez profondément déformé et obstrué.

Dans les deux éventualités, il faut vérifier l'état de cette cloison réséquée. Car l'existence possible d'une perforation entraînerait de nouvelles difficultés opératoires. Petite, arrondie centrale, elle peut facilement être obstruée par une plastie selon la méthode française ou de V Y, au cours de la réintervention même. Importante, ovoïde, son traitement est plus complexe ; il peut cependant se lier à celui de la cloison.

De ce triple bilan, esthétique, fonctionnel et trophique, dépend le choix de la tactique à suivre lors de la réintervention, qui doit s'adapter aux exigences de chaque cas.

Nous envisagerons seulement quelques éventualités schématiques et les principes directeurs de leur correction.

a) - La résection a respecté les attelles cartilagineuses de soutien

Si la cloison n'est pas perforée, la reposition du cartilage restant est possible. Les principes sont toujours les mêmes : incision transfixiante, décollement sous-muqueux unilatéral prudent, libération de la cloison, harmonisation du cartilage restant, vérification et remise en état de la gouttière osseuse et de l'épine nasale.

Si la cloison est perforée, la reposition du cartilage restant est faite de la même façon. De plus, au-dessous de la perforation, la muqueuse est décollée de part et d'autre de la crête osseuse jusqu'au plancher des fosses nasales ; au niveau de la berge postérieure de la perforation, les deux muqueuses sont décollées sur quelques millimètres. Ces décollements inférieurs et postérieurs arrivent souvent à donner une laxité suffisante aux berges muqueuses pour obtenir la fermeture de la perforation. Il suffit alors de faire des sutures bord à bord au catgut chromé fin. Cette plastie de glissement peut donc, aisément, être combinée à la reposition.

b) - La résection n'a pas respecté les attelles de soutien : le nez cartilagineux est effondré

Il faut essayer, du même coup, de refaire l'arête nasale et soulever la pointe du nez. S'il y a, en plus, une perforation de la cloison, elle sera fermée au cours de la même séance opératoire.

Après incision transfixiante, une exploration prudente de la cloison antérieure (décollement sous-muqueux bilatéral) fait le bilan des restes de cartilage qui peuvent être reposés ou utilisés comme greffons. Mais souvent la perte de substance est telle qu'il faut recourir à une greffe externe. Cette greffe sera cartilagineuse de préférence : hétéro-greffe de cartilage conservé, ou autogreffe de cartilage costal. Les implants d'acrylic sont à prescrire ici : ils sont instables, risquent de s'extérioriser, de s'éliminer, et donnent de mauvais résultats cosmétiques. La greffe doit combler la dépression dorsale, et redresser la pointe du nez ; pour cela, on la dispose en L renversé, la grande branche en regard de l'arête dorsale, et la petite en regard de la sous-cloison.

Ces greffons sont introduits par voie endo-nasale dans deux tunnels préalablement aménagés. Après avoir prolongé, d'un côté, l'incision transfixiante dans l'angle vestibulaire au niveau de la plica nasi, un tunnel est creusé au niveau de l'arête dorsale. On y introduit un greffon rigoureusement rectiligne, dont la longueur a été minutieusement ajustée de façon à atteindre le lobule sans faire saillie sous les téguments ; la partie antérieure de son bord inférieur sera taillée en crête. Un deuxième tunnel est aménagé dans la sous-cloison entre les crus mésiales, jusqu'à l'épine nasale dont le bord supérieur sera creusé en gouttière pour assurer un point d'appui stable au greffon. Après avoir ajusté sa longueur et taillé ses deux extrémités : l'inférieure en crête, la supérieure en gouttière, on met en place le deuxième greffon. Son extrémité supérieure doit atteindre le greffon dorsal sans le faire saillir sous la peau de l'arête. En fait, il peut être possible de placer un greffon en L d'une seule pièce ; encore faut-il qu'il soit bien plat pour être inséré entre les muqueuses. Des sutures banales des voies d'abord

terminent ce temps opératoire.

S'il y a une perforation de la cloison, elle sera, si possible, fermée ensuite. La tactique est la même que précédemment. Cependant, il faut veiller à ne pas pousser les décollements muqueux vers les tunnels des greffons.

Si la plastie de glissement habituelle est insuffisante, il faut recourir à un lambeau indien : lambeau muqueux prélevé sur le cornet inférieur, à pédicule antérieur ou postérieur suivant le siège de la perforation.

La contention externe doit être particulièrement soignée et surveillée dans les jours suivants, comme pour une rhinoplastie.

V - REPOSITION DE LA CLOISON ET RHINOPLASTIE ASSOCIEES

Souvent se pose le problème de l'association d'une reposition à la correction d'une difformité de la pyramide nasale.

a) - Association avec la correction d'un nez ensellé

Le problème thérapeutique se pose différemment selon l'importance de l'enfoncement.

- L'enfoncement est minime. Parfois, le seul fait de reposer la cloison suffit pour rendre à l'arête nasale sa forme normale ; les deux cartilages triangulaires, venant s'adosser de part et d'autre de la cloison lui donnent une solidité supplémentaire. Souvent on peut, au cours de la reposition, prélever des fragments de cartilage en excès, et les utiliser comme greffe de simple comblement ; on introduit le greffon taillé et modelé au niveau de la dépression de l'arête, et on le fixe à la peau par deux points en U au fil de soie.

On peut encore recourir à d'autres procédés simples, avec ou sans greffe. S'il existe une fausse bosse sus-jacente à la zone effondrée, on peut l'utiliser, après résection prudente, pour combler la dépression. Le greffon peut encore être d'origine costale ou auriculaire, ou plus simplement du cartilage conservé, à condition que

cette hétéro greffe soit fraîche. Si le nez osseux est élargi, l'ostéotomie latérale associée à la reposition, en ramenant vers l'avant les volets ostéo-cartilagineux latéraux, peut suffire ; au besoin, la contention sera faite par deux plaques de plomb latérales avec fils métalliques transfixiants. Donc en cas de déformation septale antérieure associée à une ensellure nasale peu marquée, il est indispensable de fondre les deux corrections en une seule opération.

- L'enfoncement est très marqué, la pointe a perdu tout soutien valable. La correction doit se faire par greffe importante, auto greffe de préférence, soit cartilagineuse (costale) soit osseuse (iliaque) ; et elle pose un problème plus difficile. En effet, le lit du greffon va être très mouvant puisque la cloison libérée et mobilisée ne pourra plus offrir au greffon un appui suffisant. Il faut soigneusement aménager le lit du greffon ; dans le décollement de la peau et des muqueuses, on évitera de créer une communication entre les fosses nasales septiques et le lit de la greffe ; le contact avec les os propres doit être assuré harmonieusement. L'angle du L de la greffe sera taillé de façon à garder à la pointe un aspect gracieux. La contention post-opératoire est capitale ; la mise en place de plaques de plomb est indiquée.

La chronologie des deux corrections septale et externe varie suivant l'importance des lésions et les risques de perforation secondaire de la cloison. L'idéal est l'intervention en un temps. Si elle semble dangereuse, la méthode de sécurité consiste à opérer en deux temps ; d'abord la rhinoplastie afin de réduire la largeur de la pyramide et la reposition de la cloison ; puis greffe dans un deuxième temps.

b) - Association avec la correction d'un nez dévié ou bossu

Certains auteurs préfèrent pratiquer d'abord la reposition, puis ils règlent le problème cosmétique. On évite ainsi, selon eux, le risque d'un effondrement secondaire de l'arête cartilagineuse. Ils ajoutent que le mècheage plus important, pratiqué dans les cas

d'association reposition - rhinoplastie que dans les rhinoplasties simples, risque de compromettre l'amincissement général de la pyramide nasale recherché en rhinoplastie cosmétique.

D'autres auteurs préfèrent associer les deux corrections en une seule opération. Le risque d'effondrement de l'arête leur paraît moins important que celui du "bec de corbin". De plus, l'association de la rhinoplastie supprime un des dangers de la reposition: l'apparition d'un coup de hache de la partie haute de l'arête cartilagineuse, par suite de la chute du cartilage septal en profondeur et de la saillie de l'extrémité inférieure des os propres. En effet, la rhinoplastie permet d'adossement des deux volets ostéo-cartilagineux latéraux au niveau de l'arête, adossement qui entraîne une solidité plus grande de la jonction ostéo-cartilagineuse.

Ainsi cette association pose des problèmes complexes, étant donnée la variabilité des déformations septales externes. Dans les nez déviés, elle semble souhaitable, car il paraît difficile de réduire correctement une déviation de la pyramide nasale sans toucher en profondeur à la déviation de la cloison (JOST). Dans les nez bossus, elle peut être discutée. Dans les nez bossus non déviés mais avec déviation septale en profondeur, l'arête rectiligne mais bossue apparaîtra déviée après résection de la bosse, l'association des deux corrections semble donc indispensable. La possibilité d'association de plusieurs difformités externes complique encore le problème dont la solution doit s'inspirer des principes exposés, en fonction des problèmes particuliers de chaque cas.

En conclusion, il semble que, le plus souvent, il n'y ait pas de contre-indication à associer une reposition de la cloison à une rhinoplastie (JOST). Encore faut-il prendre alors davantage de précautions lors de la reposition, et en particulier respecter avec soin la muqueuse et ne faire qu'un décollement unilatéral.

-:-:-:-:-:-:-:-

-:-:-:-:-

-:-:-

VI - CHIRURGIE SEPTALE CHEZ L'ENFANT

En chirurgie septale la règle classique est d'attendre que le développement de la face soit à peu près achevé et de ne pas opérer avant l'âge de 15 ans. Transgresser cette règle serait s'exposer à des troubles ultérieurs de la croissance du nez et à leurs sérieuses conséquences du point de vue esthétique. Mais cette règle ne tient pas compte de la nécessité d'une respiration nasale correcte durant l'enfance et semble trop rigide.

La plupart des auteurs modernes pensent que chaque fois qu'un enfant présente une déformation septale responsable d'une obstruction nasale marquée et grave dans ses répercussions locales et générales, l'intervention avant l'âge de 15 ans est parfaitement autorisée, quel que soit l'âge, dès quatre à cinq ans.

La chirurgie septale chez l'enfant obéit à des impératifs particuliers :

- L'intervention n'est pas destinée à faire une correction esthétique, elle a essentiellement un but fonctionnel : le rétablissement de la perméabilité nasale.
- quelle que soit la méthode employée, l'économie est la règle, et la technique la plus économique sera la meilleure.
- le bord postéro-inférieur et son prolongement caudal, gardant longtemps leur potentiel d'accroissement, doivent être rigoureusement respectés.

Correction des déformations septales chez l'enfant

a) - La résection sous-muqueuse à la Killian.

Le procédé de Killian est strictement réservé aux déformations septales postérieures et formellement proscrit dans les déformations septales antérieures. La résection est faite à la demande,

mais de la manière la plus économique possible, limitée à l'indispensable pour rétablir une respiration nasale suffisante. Au cours de cette résection il ne faut jamais oublier que tout fragment de cartilage enlevé est définitivement perdu et qu'une perte de substance cartilagineuse ne s'obstruera jamais par un cartilage nouveau. Nous n'insisterons pas sur l'impérieuse nécessité de ménager d'importantes attelles de soutien en particulier au niveau de la sous-cloison et de traumatiser au minimum les muqueuses.

Même pratiquée avec la plus grande circonspection, cette technique n'est pas exempte de dangers. Nous y avons insisté. Aussi, beaucoup de rhinologistes continuent à considérer cette chirurgie septale avant l'âge de 15 ans comme une chirurgie d'exception.

b) - La reposition de cloison.

Cependant, quand il s'agit d'une déviation septale antérieure, la reposition de cloison, qui évite toute résection cartilagineuse et respecte intégralement une des muqueuses, offre les meilleures garanties. Aussi est-elle la méthode de choix chez l'enfant.

- La technique classique (AUBRY) est utilisable telle qu'elle a été exposée, en tenant compte des impératifs propres à l'enfant. L'anesthésie générale par intubation par voie buccale est indispensable. Localement on se contente d'une infiltration de sérum physiologique adrénaliné. Cette méthode, peu traumatisante pour le cartilage septal permet de rétablir la perméabilité nasale sans risques de déformation ultérieure du nez lors de la croissance.

- NEVEU a récemment mis au point une technique de reposition de la cloison chez l'enfant qui est à la fois simple et rapide. Les principes essentiels sont d'éviter les décollements sous-muqueux, facteurs d'épaississements "périchondraux" chez l'enfant ; de pouvoir être exécutée rapidement avant d'être gêné par le saignement ; de ne pas gêner une rhinoplastie ou une intervention correctrice ultérieure ; et d'être effectuée sous anesthésie générale avec intubation et de courte durée.

L'intervention comporte quatre temps :

* Premier temps : incision septale verticale postérieure.

Avec un fin bistouri, la cloison est incisée verticalement le plus en arrière possible, de préférence un peu en arrière de la convexité ou simplement sur celle-ci. L'incision doit s'étendre sur toute la hauteur de la cloison et rejoindre le plancher de la fosse nasale. Elle intéresse la muqueuse et le cartilage à la fois, mais respecte la muqueuse du côté opposé. C'est la manoeuvre la plus délicate de l'intervention, mais le saignement n'est pas encore gênant.

* Deuxième temps : Incision transfixiante. Au niveau de la sous-cloison l'incision se fait au ras du bord du cartilage septal.

* Troisième temps : section septale inférieure.

Une paire de ciseaux est introduite au ras du plancher par l'extrémité inférieure de l'incision transfixiante. On sectionne la cloison dans toute son épaisseur jusqu'à l'extrémité inférieure de l'incision verticale postérieure qui est rejointe.

* Quatrième temps : la même section est pratiquée pour rejoindre les deux extrémités supérieures des deux incisions verticales.

Ainsi est formé un volet de cloison revêtu de muqueuse sur chaque face et qui est totalement libre sur trois côtés : en haut, en bas et en avant et qui n'est relié au côté postérieur que par une charnière formée par la muqueuse respectée. La réduction s'effectue par deux points septo-columellaires au catgut chromé. Parfois il est nécessaire de placer un léger tamponnement de chaque côté.

Les indications de cette technique originale sont restreintes. C'est l'obstruction nasale très mal tolérée avec un particulier retentissement sinusien ou auriculaire.

En conclusion, en chirurgie septale chez l'enfant, la

prudence doit être de règle, tant dans les indications opératoires que dans les interventions. "Le conservatisme doit être rigoureux, quitte à obtenir un résultat partiel et à réintervenir ultérieurement à l'adolescence" (G. LONDON). Notre préférence va à la méthode classique de reposition de la cloison.

-:-:-:-:-:-:-:-

-:-:-:-:-

-:-:-

- C H A P I T R E I V -

=====

COMPLICATIONS DE LA RHINOPLASTIE SEPTALE CARTILAGINEUSE

Elles sont de fréquence et d'importance très inégales, d'origine variable, exceptionnellement graves, souvent dûes à des fautes techniques.

* l'hémorragie post-opératoire est rare quand on a pris les précautions pré-opératoires habituelles (T. S. - T. C. ...). Elle cède en général à la médication antihémorragique banale.

* l'oedème peut être marqué dans les cas de rhinoplastie associée. Il est constant si l'on a fait un décollement sous-cutané, mais d'importance variable. S'il est accusé il faut veiller à ce que la contention externe ne comprime pas trop les téguments en vérifiant le degré de pression de la contention et au besoin refaire le pansement. On peut hâter sa diminution par l'administration de corticoïdes par voie générale.

* l'infection est rare si l'on a prescrit des antibiotiques dans les suites opératoires. Elle est surtout à redouter lorsque des greffons ont été implantés ; dans ce cas elle apparaît vers le sixième jour, parfois à la faveur d'un hématome et peut entraîner l'expulsion du greffon. Elle est plus fréquente avec les implants qu'avec le cartilage. Les injections locales d'antibiotiques peuvent parfois enrayer l'évolution.

* les complications liées à des fautes techniques sont plus fréquentes, surtout dans les cas de rhinoplastie associée. Nous envisagerons essentiellement les complications se manifestant au niveau du dos du nez et de la pointe.

a) - Au niveau du dos du nez, la déformation secondaire la plus courante est l'hypertrophie de la partie située immédiatement au-dessus de la pointe ou "bec de corbin". Elle se produit par excès qui peut être dû à une fibrose sous-cutanée hypertrophique, une saillie de la pointe des cartilages triangulaires, un excès de hauteur de la partie inférieure de l'arête cartilagineuse.

La correction consistera en l'excision élective des excès cartilagineux en cause qu'on aurait dû prévenir par résection complète de la bosse cartilagineuse jusqu'au lobule ou section des cartilages triangulaires. La prévention de l'hypertrophie fibreuse sous-cutanée peut être réalisée dans une certaine mesure par un dégraissage soigneux entre peau et cartilage ; son traitement consiste en l'excision aussi complète que possible de tout le tissu pathologique en respectant la peau elle-même.

Un autre danger est l'effondrement de l'arête cartilagineuse juste à sa jonction avec les os propres, entraînant un "coup de hache" disgracieux. La libération incomplète du bord postérieur du segment septal dévié quand elle est possible, le procédé de JOST pour fixer la cloison mobilisée à l'épine nasale, éventuellement la rhinoplastie osseuse associée sont les meilleurs moyens de le prévenir. La correction est celle des effondrements légers de l'arête nasale.

b) - Au niveau de la pointe la déformation secondaire peut être une chute, une élévation exagérée ou un élargissement. La chute de la pointe du nez peut être due à une mauvaise suture de l'incision transfixiante, à une mauvaise contention post-opératoire, à une résection insuffisante si le cartilage septal était trop long, à un excès des sommets des cartilages triangulaires repoussant les dômes alaires. La prévention et la correction sont donc très variables : résections cartilagineuses appropriées ; "placement de la pointe en légère hypercorrection lors de la suture terminale et du pansement quand le nez était trop long" (AUBRY) ; point transfixiant supérieur lors de la suture septo-columellaire ; mise en place d'un greffon

columellaire. En fait, après une reposition de cloison simple, la chute de la pointe est assez rare, et lors du pansement il suffit de maintenir la pointe à sa place normale (JOST).

L'élévation exagérée de la pointe peut être due à un excès d'excision au niveau du bord antéro-inférieur du cartilage septal ou de l'angle inférieur des cartilages triangulaires. Aussi faut-il garder une juste mesure dans leur résection afin d'éviter à la fois la chute et l'élévation de la pointe. Elle peut être due aussi à une anomalie de l'angle des cartilages alaires dont la correction sort du cadre de la chirurgie septale et relève de la chirurgie esthétique.

L'élargissement et l'asymétrie de la pointe sont souvent le fait des cartilages alaires. Mais ils peuvent aussi être dus à une interposition trop poussée du cartilage septal entre les crus mésiales lors de la suture septo-columellaire.

* les complications des greffes cartilagineuses sont essentiellement le déplacement des greffons, la déformation de l'arête nasale et la résorption.

Un matériel favorable, une bonne technique de mise en place et de contention doivent permettre de les éviter. En cas d'auto-greffe, le cartilage doit être "épluché" de ses couches superficielles ou "périchondre" ; l'hétéro-greffe de cartilage conservé doit être fraîche. Les greffons doivent être taillés suivant l'axe anatomique des fragments utilisés.

Le déplacement des greffons provoque une déviation, un effondrement du nez, une déformation de l'arête dorsale. Il peut se produire au niveau de l'articulation du greffon dorsal avec l'extrémité inférieure des os propres, ou de celle des deux greffons, dorsal et columellaire, en regard de la pointe du nez ou de l'appui du greffon columellaire sur l'épine nasale. L'aménagement du lit des greffons, le découpage de ceux-ci, doivent viser à leur donner une stabilité particulière à ces points cruciaux. Soulignons encore l'intérêt de fixer à la peau les greffons dorsaux afin d'éviter leur

glissement latéral, de leur assurer un appui stable de bout en bout sans point de "bascule" entre leurs extrémités afin d'éviter la saille sous la peau d'une extrémité.

* les complications dites incontrôlables sont liées aux réactions tissulaires particulières à chaque malade, aux défauts de cicatrisation. SAFIAN décrit trois types principaux de déformations secondaires qui pourraient leur être imputables :

- Chute et convexité exagérée de la pointe par rétraction cicatricielle au niveau de la suture septo-columellaire.
- Hypertrophie du tiers inférieur de l'arête nasale soit par un oedème transitoire soit par une fibrose sous-cutanée excessive.
- Rétraction narinaire par cicatrice vestibulaire rétractile surtout en cas de rhinoplastie associée.

La correction de la déformation de la pointe consiste en une incision transfixiante, excision du tissu fibreux cicatriciel et suture septo-columellaire en légère hypercorrection. Une bonne contention externe doit compléter cette correction.

La formation d'adhérences intra-vestibulaires, au niveau du dôme surtout, peut engendrer une gêne respiratoire et altérer la forme d'un nez apparemment bien opéré. En effet, elles entraînent une déformation de la pointe dont les parties latérales tendent à s'enfoncer en dedans et rétrécissent l'orifice des fosses nasales.

La correction par simple excision est illusoire ici : la déformation se reproduit, parfois même encore plus accentuée. "Le seul procédé logique est l'épithélial inlay" (AUBRY). La greffe doit être assez épaisse, de la peau rétro-auriculaire par exemple. Habituellement la perte de substance est limitée à l'angle du vestibule et on peut se contenter de suturer la greffe aux bords de la perte de substance. A chaque point de suture on laisse un long fil. Puis on

place sous le greffon une bande de coton imbibé de sérum physiologique et tassé sur laquelle on noue les fils. On peut placer en plus un tube de vinyl entre ce pansement et le plancher du vestibule (LEWIN).

Si ces défauts de cicatrisation ne relèvent pas de la technique chirurgicale, il faut cependant tâcher de les prévenir : examen pré-opératoire de la peau ; précautions opératoires dans le tracé et la longueur des incisions et dans l'importance des résections. Les traitements médicaux (corticoïdes, radiothérapie) sont d'efficacité variable.

* Enfin il est des complications liées au pansement surtout en cas de rhinoplastie associée.

Une malfaçon de l'attelle de contention, trop serrée, trop lâche, placée de travers, peut compromettre le résultat post-opératoire. Le rôle de cette attelle n'est certes pas de corriger de force un défaut persistant en fin d'intervention. Mais elle doit protéger la cloison reposée pendant la cicatrisation.

Il y a parfois des réactions fâcheuses aux bandes de leucoplaste. Un examen cutané pré-opératoire peut permettre de les éviter car au moindre doute on utilisera du sparadrap anti-allergique. Il semble que la contention par plâtre expose à moins d'ennuis cutanés que la contention métallique dont les bords tranchants peuvent aussi être traumatisants pour certaines peaux fines.

Ces différentes complications de la rhinoplastie septale cartilagineuse sont liées pour beaucoup à de légers défauts techniques. Elles peuvent donc être évitées. Bon nombre d'entre elles sont corrigeables par une légère retouche après un délai d'au moins six mois. Encore faut-il dans ces cas peser ses indications opératoires et se méfier du psychisme revendicateur de certains malades.

-:-:-:-:-:-:-:-

-:-:-:-:-

-:-:-

O B S E R V A T I O N S

* D. M... 23 ans. Hospitalisé dans le service en Mai 1962.

Histoire - Chute sur le nez au cours de la première enfance, sans conséquences apparentes à ce moment là. Mais à l'adolescence apparaît une gêne respiratoire nasale bilatérale prédominant à gauche ; rebelle à différentes thérapeutiques médicales, et compliquée depuis trois ans d'une rhinopharyngite.

Examen -

- * Arête nasale cartilagineuse déviée à gauche et légèrement déprimée en arrière de la pointe qui elle aussi est déplacée.
- * Sous-cloison raccourcie, élargie, séparant deux orifices narinaux nettement asymétriques. Dans la narine gauche on aperçoit le bord antéro-inférieur de la cloison luxée.
- * Rhinoscopie : déviation cylindrique de la cloison antérieure, convexe à gauche dans le sens vertical, avec luxation du bord postéro-inférieur dans la fosse nasale gauche. Dans le sens antéro-postérieur, la déviation est à grand axe oblique en haut et en arrière et se prolonge jusqu'au bord antérieur de la lame perpendiculaire.

Donc, luxation de la cloison compliquée d'une déformation en "coupole" du cartilage.

- * Le reste de l'examen O. R. L. ne montre que des signes de rhinopharyngite.

Intervention - Sous anesthésie locale.

Incision transfixiante complétée de chaque côté par une ébauche d'incision intercartilagineuse ; décollement sous-cutané habituel.

Décollement sous muqueux à gauche, poussé en arrière jusqu'à la cloison osseuse, et en bas jusqu'au plancher de la fosse nasale.

Libération du cartilage en arrière au niveau de son articulation avec la lame perpendiculaire. Section des cartilages triangulaires. Résection d'une petite bande de cartilage le long du bord postéro-inférieur et libération.

Mobilisation et reposition du cartilage. Mais sa convexité gauche reste encore obstruante. On pratique alors le croisillonnage habituel : en fin de manoeuvre le cartilage est suffisamment assoupli et la perméabilité nasale rétablie.

Dans le fragment septal prélevé on taille un greffon que l'on place au niveau de la dépression de l'arête ; fixation à la peau par deux points en U.

Suture septo-columellaire habituelle.

Plâtre puis mèche plus accentué à gauche.

Suites opératoires -

Ablation du plâtre et des mèches le sixième jour, des fils le huitième jour. Deux mois après : le résultat esthétique est parfait. Le cartilage est encore un peu gondolé à gauche mais la perméabilité nasale reste très bonne.

- - - - -

* A. E... 34 ans. Hospitalisé dans le service en Février 1963.

Histoire - Traumatisme nasal à l'âge de six ans, n'ayant jamais été traité. Apparition secondaire d'une gêne respiratoire nasale bilatérale, compliquée depuis une dizaine d'années d'accès de sinusite et de rhinopharyngite.

Examen -

* Arête ostéo-cartilagineuse élargie, déprimée en arrière de la pointe qui est déplacée à droite et globuleuse.

* Sous-cloison déportée à droite, séparant deux orifices nasaux asymétriques. La cloison n'est pas luxée.

* Rhinoscopie : à gauche, crête angulaire verticale cartilagineuse à sommet aigu, avec luxation de la partie postérieure du cartilage sur le flanc du vomer.

A droite, dépression septale correspondant à l'angulation. Donc, déviation angulaire antérieure, sans luxation du bord antéro-inférieur dont la columelle est restée solidaire (d'où sa déviation importante à droite).

* Le reste de l'examen O. R. L. élimine tout signe de poussée infectieuse locale.

Intervention - Sous anesthésie locale.

Incision transfixiante complétée de chaque côté par une ébauche d'incision intercartilagineuse ; décollement sous-cutané.

Décollement sous-muqueux du côté gauche jusqu'au versant postérieur de la crête, et du côté droit seulement en regard de la partie attenante au bord antéro-inférieur.

Libération postérieure par section tangentielle de la crête. Section des cartilages triangulaires. Libération du bord postéro-inférieur à la rugine.

Mobilisation et reposition du segment dévié.

On pousse en arrière et en bas le décollement gauche pour pouvoir réséquer une petite bande cartilagineuse luxée sur le vomer.

Celui-ci apparaît dévié à droite : on le remodèle avec un spéculum de Killian.

Ostéotomie médiane. Ostéotomie latérale à la scie.

Mais l'arête osseuse ne se laisse pas amincir : une déviation de la lame perpendiculaire fait ressort : on le brise selon le procédé décrit.

Résection de la moitié postérieure des crus latérales après incision verticale du dôme..

Sutures habituelles : point de JOST au catgut, deux points septo-columellaires.

Plâtre, puis mèches.

Suites opératoires -

Ablation des mèches le septième jour, des fils le huitième jour, du plâtre le dixième jour.

Le résultat esthétique semble devoir être excellent après la résorption totale de l'oedème. Le résultat fonctionnel est parfait.

C O N C L U S I O N S

Le faible intérêt pratique de la classique opposition entre déformations septales dites traumatiques et déformations dites congénitales nous a amené à les envisager essentiellement en fonction de leur retentissement morphologique. Car, en dehors de cas particuliers manifestement traumatiques (télescopages de la pyramide nasale, commémoratifs, cicatrices) c'est a posteriori, lors de l'intervention que l'étiologie peut être précisée ; ainsi la découverte d'adhérences fibreuses anormales est en faveur d'une origine traumatique. En chirurgie septale c'est donc surtout l'aspect morphologique de la déformation qui doit orienter le choix de la technique opératoire.

La technique de reposition de la cloison utilisée par notre Maître, Monsieur le Professeur M. AUBRY est le procédé idéal de correction des déformations septales antérieures. Cependant, l'essor des techniques de reposition au détriment de celles de résection combinée ou non à une réimplantation cartilagineuse nous incite à restreindre la définition de la reposition. Envisagée comme une véritable rhinoplastie septale cartilagineuse la reposition avec harmonisation de la cloison trouve son indication type dans les déformations avec luxation du bord antéro-inférieur de la cloison dans une narine : leur correction nécessite la création d'un "volet septal", sa mobilisation et sa reposition. Dans les autres cas il n'y a pas d'indication fondée, car ils relèvent d'interventions partielles, à type de résection limitée ou de libération d'un bord, totalement différentes de l'intervention bien codifiée qu'est la reposition. Aussi restreignons nous ses indications à deux éventualités :

- Luxation du bord antéro-inférieur dans une narine avec une

crête angulaire, verticale ou oblique dans la fosse nasale opposée ; il s'y associe en profondeur une luxation du bord postéro-inférieur par rapport au bloc osseux dans la fosse nasale où se trouve l'angulation.

- Luxation du bord antéro-inférieur avec déviation globale de la cloison du même côté ; il s'y associe en profondeur une luxation du bord postéro-inférieur du même côté que celle du bord antéro-inférieur ; de plus, ici sont pratiquement constantes la participation de la lame perpendiculaire et l'association d'une déviation de la pyramide osseuse.

Chaque fois que se pose le problème de l'association d'une rhinoplastie à la reposition, il est préférable de les faire dans le même temps opératoire, car les deux opérations se rendent mutuellement service.

La seule exception est le cas d'un enfoncement important du nez avec perte de soutien de la pointe. Et encore est-ce ici le plus souvent l'indication d'une greffe en L et non plus un problème de cloison ; tout au plus peut-on faire un temps septal de "sacrifice" mais cette résection à la demande n'a rien à voir avec une reposition.

Dans les autres cas l'association est souhaitable. Ainsi, lorsqu'il existe un léger enfoncement, la cloison fournit souvent un très bon matériel pour combler cette dépression de l'arête nasale.

S'il existe une déviation, une rhinoplastie sans reposition ne suffit pas à réduire la déviation ; une reposition sans rhinoplastie risque d'aboutir à la reproduction de la déformation, surtout s'il existe un déplacement en bloc de la cloison ; l'ostéotomie latérale donne un jour sans égal sur la partie haute de la cloison.

S'il existe une bosse, la reposition est le plus sûr garant de l'absence de bec de corbin secondaire, défaut le plus fréquent en rhinoplastie. Nous avons vu que dans le cas particulier d'un nez

droit bossu avec une cloison déviée en profondeur, la résection simple de la bosse aboutit à une déviation de l'arête nasale ; l'association ne se discute donc pas.

Enfin, l'association d'une reposition à une correction septale postérieure ne pose guère de problème. La fracture de proche en proche de la cloison osseuse est un excellent procédé qui permet souvent de la redresser. La persistance d'une déviation septale postérieure après reposition de la cloison antérieure est souvent un facteur de reproduction de la déformation septale antérieure initiale. D'où l'importance de la vérification de toute la cloison.

Vu, le Président de Thèse

Professeur M. AUBRY

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

Rapport du Congrès de la Société Française O. R. L. - Paris 1956

M. AUBRY - GIRAUD - LEVIGNAC - CUZIN

Bibliographie complète antérieure à 1956.

AUBRY et SENECHAL -

Les fractures du nez.

Revue Médicale Française - Déc. 1957, 38, n° 11, p. 631.

AUBRY et GAREZ -

La chirurgie correctrice dans les perforations de la cloison.

Annales O.R.L. - Janv. 1958 - p. 5.

AUBRY et SENECHAL -

Chirurgie de la cloison nasale.

Semaine Hôp. Paris Déc. 1958, 34, n° 98, p. 3.007.

AUBRY -

Chirurgie plastique et fonctionnelle du nez.

Revue Stomato. Janv-Fév. 1960, 61, n° 1-2, p. 56.

ANDERSON -

Réduction des hémorragies et de l'oedème dans la rhinoplastie.

Laryngo. Fév. 1962, 72, n° 2 p. 232.

BAUMGARTNER -

Correction de la déviation de la partie antérieure de la cloison.

Practica O. R. L. - Nov. 1959, 21, n° 6, p. 450.

BAZ, C. -

Résection et reposition de la cloison nasale.

Rev. Médic. Moyen-Orient, Sept. Oct. 1961, 18, N°5 p.516.

BERNSTEIN -

Résection sous-muqueuse et plastie nasale.

J. Int. Coll. Surgeons, Juin 1958, 29, n° 6, p. 757.

BERNSTEIN -

Septo-rhinoplastie

Arch. Of Oto-Lar. Juin 1961, 73, n° 6, p. 646.

BOZZI -

Méthode opératoire pour la correction des déviations antérieures de la cloison nasale.

Rev. Laryngo. Bordeaux Mars-Avril 1958, 79, n° 3-4 p.153.

COTTLE - LORING - FISCHER et GAYNON -

La voie d'abord "maxillaire-pré-maxillaire" pour les interventions étendues sur la cloison nasale -

Arch. Of Oto-Laryng. Sept. 1958, 68, n° 3, p. 301.

DINGMAN -

La correction des difformités nasales dues à des malformations de la cloison.

Plast. Reconst. Surg. Oct. 1958, 18, n°4 p. 291.

DINGMAN -

Anesthésie locale pour rhinoplastie -

Cloison nasale en chirurgie nasale plastique.

Plast. Reconst. Surg. Sept. 1961, 28, n° 3, p. 251.

ELKIN -

Correction chirurgicale des déviations de la cloison (modification à la technique de Killian)

Ann. Oto-Laryng. Déc. 1959, 76, n° 12, p. 1.133.

FARINA - de CASTRO - BARAUDI -

Importance de l'armature cartilagineuse dans la chirurgie plastique du nez.

Brit. J. Plast. Surg. Juil. 1959, 12, n° 2, p. 160.

FRED -

Valeur de la suture septo-columellaire en rhinoplastie.
Laryngo. Sept. 1959, 68, n° 9, p. 1.700.

FRITZ -

Traitement chirurgical de la déviation nasale d'origine
traumatique.

Arch. Ohren Laryng. Rhin. Mai-Juin 1961, 95, n°5-6, p. 248

FUCHS -

Une voie d'abord rapide pour la déviation de la cloison
en rhinoplastie.

Plast. Reconst. Surg. Août 1956, 18, n° 2, p. 133.

GILBERT et SEGAL -

La croissance du nez et le problème rhinoplastique de la
cloison chez l'enfant.

Arch. of Oto-Laryng. Déc. 1958, 68, n° 6, p. 673.

GOLDMAN -

Une nouvelle technique de chirurgie de la déviation de la
cloison nasale.

Arch. of Oto-Laryng. Sept. 1956, 64, n° 3, p. 183.

GRIGNON -

Les échecs des rhinoplasties.

Ann. O. R. L. - Janv. 1963, 80, n° 1, 2.

GRAVOT -

Thèse Paris 1949.

HUFFMAN et LIERLE -

Progrès en chirurgie de la cloison.

Plast. Reconst. Surg. Sept. 1957, 20,, n°3, p. 185.

JOST -

Thèse Paris 1957.

LEGLER -

Correction opératoire de la subluxation de la cloison.

Arch. Ohren Nasen Kehlkopfh. 1956, 169, n°2, P. 452.

LEVIGNAC -

Greffes ou implants dans la réparation du soutien nasal après enfoncement.

Ann. O. R. L. Sept. 1959, 76, n° 9, p. 758.

LIPSETT -

Une nouvelle façon de concevoir la chirurgie de la voûte cartilagineuse basse.

A.M.A. Arch. Oto. Laryng. Juil. 1959, 70, n°1, p. 42.

LONDON -

Thèse Paris 1963.

LOPES -

Les suites opératoires des septotomies.

Hosp. Mars 1961, 59, n°3 p. 599.

PAIN -

Thèse Paris 1959.

PERRET -

Correction chirurgicale des nez déviés.

Pract. O. R. L. Mars 1958, 20, n° 2, p. 115.

PERRET -

Aspect de la rhinoplastie correctrice.

Pract. O. R. L. 1962, 24, n° 3, p. 151.

PONTI -

Chirurgie correctrice de la cloison nasale chez l'enfant.

Valsalva - Mai 1957, 33, n°2, p. 97.

RANZOLIN et JOST -

La reposition du cartilage pour la correction des déformations septales antérieures.

Min. O. R. L. Juin 1961, 11, n° 6, p. 245.

SELTZER, A.P. -

Caractéristiques particulières de la cloison nasale.

Ann. of O. R. L. Mars 1956, 65, n° 1, p. 198.

WALLACE -

Maintien de la perméabilité des voies nasales après intervention.

Brit. J. Plast. Surg. Juil. 1962, 15, n° 3, p. 318.

ZARZOLI -

Les corrections chirurgicales de la cloison nasale à la puberté.

Min. Chir. Oct. 1960, n° 19, p. 1.025.

1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐

— • — • — • — • — • — • —

— • — • —



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODéon 58-95